



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Profesional de Tecnología Médica**

**“Relación de la incontinencia urinaria y la calidad de vida de pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios filial Arequipa 2017”**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación

**AUTOR**

Vanessa Evelyn ESPINOZA HUACRE

**ASESOR**

Manuel YAMPUFÉ CORNETERO

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Espinoza V. “Relación de la incontinencia urinaria y la calidad de vida de pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios filial Arequipa 2017” [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Tecnología Médica; 2018.

---



# Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Tecnología Médica

"Año del diálogo y la reconciliación nacional"



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

77 pg. A.

Conforme a lo estipulado en el Art. 45.2 y, Art. 100.13 de la Ley 30220. El Jurado de Sustentación de Tesis nombrado por la Directora de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, conformado por los siguientes docentes:

Presidenta: Lic. Clementina Noriega Guillen  
Miembro : Lic. Vilma Adela Tarmeño Rodriguez  
Lic. José Orlando Noblecilla Querevalu  
Asesor : Dr. José Manuel Yampufé Cornetero

Se reunieron en la ciudad de Lima, el día 23 de agosto de 2018, procediendo a evaluar la Sustentación de Tesis, titulado "RELACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA 2017", para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y Rehabilitación de la Bachiller:

**VANESSA EVELYN ESPINOZA HUACRE**

Habiendo obtenido el calificativo de:

16  
(en números)

Dieciseis  
(en letras)

Que corresponde a la mención de: Bueno

Quedando conforme con lo antes expuesto, se disponen a firmar la presente Acta.

Presidenta  
Lic. Clementina Noriega Guillen

Miembro  
Lic. Vilma Adela Tarmeño Rodriguez

Miembro  
Lic. José Orlando Noblecilla Querevalu



Asesor (a) de Tesis  
Dr. José Manuel Yampufé Cornetero

**TÍTULO:**

***“Relación de la Incontinencia Urinaria y la Calidad de Vida de  
pacientes mujeres atendidas en el servicio de Terapia Física y  
Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa  
2017”***

**AUTOR:** Espinoza Huacre Vanessa Evelyn

**ASESOR:** Doctor Manuel Yampufé Cornetero

## **DEDICATORIA**

Dedico esta Tesis a mi madre Nora Huacre Sicha, por su inmenso e infinito amor, comprensión y dedicación constante. Porque eres padre y madre para mí; por su apoyo incondicional para seguir adelante y no detenerme hasta lograr mis objetivos. Por recordarme que no existen obstáculos para lograr un fin cuando se hay voluntad y perseverancia, eres ejemplo de madre y mujer, mi mejor modelo a seguir.

A mi familia; hermanos, tíos y primos por su constante apoyo, sus consejos y siempre tener fé en mí y mis cualidades.

A mis grandes amigos de la Promoción ingresante 2011 de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación UNMSM; A las hermosas personas que pude conocer en Arequipa por compartir estos años mis alegrías, frustraciones y tristezas, gracias por formar esta gran familia.

## AGRADECIMIENTOS

Es mi deseo iniciar agradeciendo al alma mater que me formó durante estos años, por brindarme cada año conocimiento y vocación de servicio a la salud y a nuestro prójimo. Agradezco al Mg. Manuel Yampufé Cornetero por haber aceptado desinteresadamente y muy gentilmente asesorar el presente estudio. Agradezco también a la Mg. Lily Palacios Novella por su asesoramiento en los aspectos metodológicos, temáticos y en el análisis estadístico y así poder terminar de forma satisfactoria este trabajo.

Agradezco además con sumo respeto y consideración a cada uno de los integrantes del Comité de Docencia e Investigación de la Clínica San Juan de Dios filial Arequipa, al Coordinador y Terapeutas Físicos del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación que me brindaron las facilidades para la ejecución de las encuestas y así poder realizar este trabajo.

Agradezco a cada uno de mis amigos por todo su apoyo y confianza durante todo este tiempo y dando fé que la amistad verdadera existe a pesar del tiempo. Las hermosas personas que conocí en mi estancia en Arequipa, las lindas amistades que pude cultivar; A la Familia Vásquez Pauca por recibirme con tanto cariño y amor en mi estancia durante mi proceso de formación y hacerme sentir parte de su familia; A la Lic. Kristel, Lic. Fabiola, Lic. Kelly, Lic. Luis García, por su apoyo incondicional y ser parte de mi formación profesional y como persona enseñarme que nosotros nos debemos a nuestros niños.

Finalmente agradecer a mi madre, hermanos, tíos y primos sin los cuales nada de esto hubiese sido posible. A la motivación brindada, al impulso de crecer y ser mejor cada día, y al aliento dado para la consecución de mis metas.

# ÍNDICE

<b>ÍNDICE .....</b>	<b>5</b>
<b>LISTA DE TABLAS.....</b>	<b>7</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS.....</b>	<b>8</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>9</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
1.1. ANTECEDENTES:.....	13
1.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN: .....	16
1.3. OBJETIVOS: .....	17
1.3.1. OBJETIVO GENERAL:.....	17
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	17
1.4. BASES TEÓRICAS:.....	18
1.4.1. BASE TEÓRICA:.....	18
1.4.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:.....	32
1.4.3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS: .....	32
<b>CAPÍTULO II: MÉTODOS .....</b>	<b>34</b>
2.1. DISEÑO METODOLÓGICO:.....	35
2.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN: .....	35



2.1.2	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: .....	35
2.1.3	POBLACIÓN: .....	35
2.1.4	MUESTRA Y MUESTREO:.....	35
2.1.5	VARIABLES:.....	36
2.1.6	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: ...	38
2.1.7	PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:.....	41
2.1.8	CONSIDERACIONES ÉTICAS: .....	42
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS .....</b>		<b>43</b>
<b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN .....</b>		<b>62</b>
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>		<b>65</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>		<b>69</b>
<b>ANEXOS.....</b>		<b>73</b>
ANEXO N° 1: INSTRUMENTO INCONTINENCIA URINARIA .....		74
ANEXO N°2: CUESTIONARIO I-QOL DE CALIDAD DE VIDA EN INCONTINENCIA URINARIA.....		75
ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....		76

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLA N° 1:</b> DISTRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS PERSONALES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017.....	44
<b>TABLA N° 2:</b> ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE CARACTERÍSTICAS PERSONALES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA 2017.....	45
<b>TABLA N° 3:</b> DISTRIBUCIÓN DE LAS DIMENSIONES DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017.....	45
<b>TABLA N° 4:</b> DISTRIBUCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA SEGÚN EDAD EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017.....	48
<b>TABLA N° 5:</b> DISTRIBUCIÓN DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017.....	50
<b>TABLA N° 6:</b> DISTRIBUCIÓN DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESTADO CIVIL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017.....	51
<b>TABLA N° 7:</b> RELACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA Y COMPORTAMIENTO DE EVITACIÓN Y LIMITACIÓN DE LA CONDUCTA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017.....	53
<b>TABLA N° 8:</b> RELACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA Y REPERCUSIÓN PSICOSOCIAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA 2017.....	55
<b>TABLA N° 9:</b> RELACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA Y SENTIMIENTOS DE VERGÜENZA EN LA RELACIÓN SOCIAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017.....	57
<b>TABLA N° 10:</b> RELACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA 2017.....	59
<b>TABLA N° 11:</b> CORRELACIÓN BIVARIADA DE PEARSON DE VARIABLE DE ESTUDIO.....	60

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N° 1</b> CARACTERÍSTICAS PERSONALES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017.....	45
<b>GRÁFICO N° 2</b> DIMENSIONES DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA 2017.....	47
<b>GRÁFICO N° 3</b> INCONTINENCIA URINARIA SEGÚN EDAD EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017.....	49
<b>GRÁFICO N° 4</b> DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017.....	50
<b>GRÁFICO N° 5</b> CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESTADO CIVIL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017.....	52
<b>GRÁFICO N° 6</b> INCONTINENCIA URINARIA Y COMPORTAMIENTO DE EVITACIÓN Y LIMITACIÓN DE LA CONDUCTA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017.....	54
<b>GRÁFICO N° 7</b> INCONTINENCIA URINARIA Y REPERCUSIÓN PSICOSOCIAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017.....	56
<b>GRÁFICO N° 8</b> INCONTINENCIA URINARIA Y SENTIMIENTOS DE VERGÜENZA EN LA RELACIÓN SOCIAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017.....	58
<b>GRÁFICO N° 9</b> INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017.....	60

## RESUMEN

**Introducción:** La incontinencia urinaria (IU) es un grave problema en nuestra sociedad por su frecuencia, repercusión y magnitud, tiene graves repercusiones sociales y psicológicas, deteriora la calidad de vida. **Objetivo:** Establecer la relación entre la incontinencia urinaria y la calidad de vida de pacientes mujeres del servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017. **Materiales y Métodos:** El presente estudio es una investigación de tipo Cuantitativo, Correlacional; ya que estudiaremos la correlación entre las variables expuestas. Las variables son Incontinencia Urinaria y Calidad de vida. Se efectuó en el servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa, 2017, en un total de 61 usuarios. Se utilizó como técnica la encuesta, para establecer contacto con la muestra a través de un cuestionario: THE INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE-SHORT FORM (ICIQ-IU-SF) y la INCONTINENCE QUALITY-OF-LIFE MEASURE (I-QOL). **Resultados y conclusiones:** Se encontró relación significativa entre la incontinencia urinaria y la calidad de vida es decir si la mujer presenta IU esta afectara a su bienestar personal, social y familiar; en mayor proporción tienen IU leve y oscilan entre 36 – 43 años. La frecuencia de pérdida de orina 1 vez por semana, poca cantidad; y les afecta poco en su vida, y cuando tose; la calidad de vida en mayor proporción es regular sobre todo en mujeres casadas; área más afectada es Comportamiento de Evitación y Limitación de la Conducta así como los Sentimientos de vergüenza en la Relación Social, donde su calidad de vida es mala; la Incontinencia Urinaria tiene una relación Inversamente alta con el Comportamiento de Evitación y limitación de la conducta debido a que las mujeres con IU les preocupa el ir a tiempo a servicios higiénicos, viajes y otros; la incontinencia urinaria y la repercusión social tiene relación inversamente alta con la calidad de vida en lo que corresponde a que la mujer con IU se preocupa porque se puede sentir humillado, avergonzado y con temor para cualquier actividad que requiera estar ante los demás; la incontinencia urinaria y los sentimientos de vergüenza en relación social relación Inversamente moderada ya que la mujer con IU se queja constantemente que por sus problemas sus actividades de índole personal se ven afectadas o limitadas.

**Palabras Clave:** Incontinencia urinaria, Calidad de vida, Evitación, Limitación de la conducta, Repercusión psicosocial, Sentimientos de vergüenza.

## ABSTRACT

**Introduction:** Urinary incontinence (UI) is a serious problem in our society due to its frequency, repercussion and magnitude, it has serious social and psychological repercussions, it deteriorates the quality of life. **Objective:** To establish the relationship between urinary incontinence and the quality of life of female patients of the Physical Therapy and Rehabilitation service at the San Juan de Dios Clinic Arequipa 2017. **Materials and Methods:** The present study is a Quantitative, Correlational type investigation. ; since we will study the correlation between the exposed variables. The variables are Urinary Incontinence and Quality of Life. It was carried out in the Physical Therapy and Rehabilitation service of the San Juan de Dios Branch Clinic Arequipa, 2017, in a total of 61 users. The survey was used as a technique to establish contact with the sample through a questionnaire: THE INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE-SHORT FORM (ICIQ-IU-SF) and the INCONTINENCE QUALITY-OF-LIFE MEASURE (I-QOL). **Results and conclusions:** A significant relationship was found between urinary incontinence and quality of life, that is, if the woman presents UI this will affect her personal, social and family well-being; in greater proportion they have slight UTI and they range between 36 - 43 years. Frequency of urine loss 1 time per week, small amount; and it affects them little in their life, and when they cough; the quality of life in greater proportion is regular, especially in married women; The most affected area is Behavior of Avoidance and Limitation of Behavior as well as Feelings of shame in the Social Relationship, where their quality of life is bad; Urinary Incontinence has an inversely high relationship with Avoidance Behavior and behavior limitation due to the fact that women with IU are concerned about going to hygienic services, trips and others in time; Urinary incontinence and social repercussion have an inversely high relation with the quality of life in what corresponds to the woman with UI worries because she may feel humiliated, ashamed and afraid for any activity that requires being before others; urinary incontinence and feelings of shame in social relation Reversely moderate relationship because the woman with UTI constantly complains that due to her problems her personal activities are affected or limited.

**Keywords:** Urinary incontinence, Quality of life, Avoidance, Limitation of behavior, Psychosocial repercussion, Feelings of shame.

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

La incontinencia urinaria (IU) constituye un problema esencial en la salud pública, siendo está considerada por la OMS como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable, es un problema social, tanto para los pacientes que la sufren, como para quienes cuidan de ellos. Puede producir problemas higiénicos y sociales con efectos devastadores en la calidad de vida del individuo por afectar a su vida social, profesional y familiar<sup>(1,2)</sup>. A su vez la IU fue considerada por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS), como cualquier pérdida involuntaria de orina que se supone un problema social o higiénico. La IU no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente la calidad de vida de quien la padece, ya que reduce su autoestima y merma su autonomía; debido a que supone un gran problema de salud que origina un importante impacto tanto social, como psicológico, laboral, sexual, y económico<sup>(2,3)</sup>.

En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó un informe en el que se afirmaba que los problemas de control urinario afectan a más de 200 millones de personas en todo el mundo<sup>(5)</sup>. La prevalencia de la incontinencia urinaria es mayor en mujeres que en hombres, estudios revelan que la incontinencia urinaria afecta al 39% de varones y al 69% de mujeres, siendo el doble de frecuente en mujeres que en varones. En la mujer, la incontinencia urinaria presenta dos picos de incidencia: entre los 45 y los 54 años, y a partir de los 60, especialmente entre los 75 y los 84 años. En el primer grupo, la prevalencia podría acercarse al 30% y en el segundo podría rondar el 40% de la población femenina de esa edad<sup>(4)</sup>. La prevalencia de incontinencia urinaria se incrementa con la edad: en la población juvenil varía del 20 al 30% y se incrementa en la etapa adulta del 30 al 40%. En la población de mayor edad existe incremento sostenido del 30 al 50%.<sup>(2)</sup>.

Entonces como podemos observar es la población femenina la más afectada y la que según el INEI (Perú) la población estimada y proyectada por sexo y tasa de crecimiento, según años calendarios 2000-2050 será la que muestre una mayor tasa de crecimiento. Además, son pocas las mujeres que padeciendo de IU tienen consulta con el ginecólogo o urólogo por desconocimiento o algún sentimiento de vergüenza y son pocas las que siguen un

tratamiento, y éste se limita a terapia farmacológica, quirúrgica o una breve instrucción por parte del urólogo o ginecólogo de ciertos ejercicios del suelo pélvico, sin embargo no tienen un control posterior; ya que no hay un trabajo integrado entre urólogos, ginecólogos y terapeutas físicos.

De la problemática antes descrita se deriva el problema que enuncia de la siguiente manera: ¿Cuál es la relación de la incontinencia urinaria con la calidad de vida de pacientes mujeres del servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017?

## **1.1. ANTECEDENTES:**

### **AMERICANOS:**

Lic. Elsa María Rodríguez Adams, La Habana-Cuba 2014. Desarrollo un estudio titulado “Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria” con el objetivo identificar factores de riesgo no obstétricos relacionados con la incontinencia urinaria y determinar las esferas de la calidad de vida que se afectan en estas mujeres. Se aplicó el cuestionario de calidad de vida (I-QOL) y se concluye que: “Hubo una tendencia mayoritaria de afectación de la calidad de vida global, lo cual demuestra el impacto del trastorno en esta esfera con expresión mayor en las dimensiones psicológicas y físicas. En las incontinencias urinarias (IU) de esfuerzo, urgencia y en la mixta, el componente físico y psíquico es el más importante, mientras que en la IU permanente es el componente psicológico y social. Los resultados evolutivos de las valoraciones del cuestionario de calidad de vida (I-QOL) en 15 pacientes evidenciaron mejoría significativa global y en sus diversas dimensiones; Demostrando el valor de la rehabilitación y la sensibilidad del instrumento para evidenciar la eficacia del tratamiento”<sup>(6)</sup>.

Lígia da Silva Leroy y María Helena Baena de Moraes Lopes. Universidade Estadual de Campinas - Brasil 2012. Realizaron un estudio con el objetivo de medir el impacto de la



incontinencia urinaria en periodo de posparto y la calidad de vida relacionada a salud. Se aplicó el ICIQ-SF-36 y el KHQ. Con el primero fue demostrado que, en el puerperio, la pérdida urinaria, aunque en pequeña cantidad, es frecuente y el comprometimiento de la calidad de vida es elevado. Utilizándose el KHQ, se observó impacto elevado de la IU en los dominios Impacto de la Incontinencia, Emociones, Limitaciones de Actividades Diarias y Limitaciones Físicas. La CVRS de puérperas moderadas e incontinentes difirió en los dominios Aspectos Físicos, Dolor, Estado General de Salud, Vitalidad, Aspectos Sociales y Salud Mental del ICIQ SF-36, en los cuales ésta fue peor para las incontinentes, revelando mayor comprometimiento de la CVRS por la IU en estos aspectos. La IU afecta de manera significativa aspectos de la salud física y mental de puérperas, especialmente de aquéllas con IUM <sup>(7)</sup>.

Claudia Flores y Javier Pizarro. Santiago de Chile 2012. En el estudio “Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico. Concluyen que las mujeres con trastornos del piso pélvico describen un impacto negativo en varias dimensiones de la calidad de vida, destacando principalmente los aspectos físicos. La evaluación de la calidad de vida, es un resultado considerado en el éxito del tratamiento, lo que permite tener una aproximación objetiva del efecto de las intervenciones terapéuticas <sup>(8)</sup>.

## **EUROPEOS:**

Almudena Ortuño Esparza, M<sup>a</sup> Luisa Mayol Pérez, Delia L. Fernández Delgado, Elena Peñalver Pérez, María Sierra Sánchez. Murcia-España 2013. En el estudio: La incontinencia urinaria femenina y la afectación en la calidad de vida, observaron que el tipo de IU con peor calidad de vida es el de urgencia. Por otro lado se hallan relaciones significativas entre la frecuencia de las pérdidas con la repercusión psicosocial; También se relaciona con los sentimientos de vergüenza en las relaciones sociales, lo que mayor frecuencia causara más dificultades para llevar a cabo las relaciones sociales. Y por último se halla relación con problemas para un buen sueño nocturno y la depresión. Aparece

incontinencia en 3.2 mujeres de cada 10, siendo el más predominante el de esfuerzo. Hay mayor afectación de CV de las mujeres a mayor frecuencia de las pérdidas. (1)

M. Rebassa, J. M. Taltavull, J. Ripoll, A. Esteva, J. Miralles, M. Navarro, M. M. Ribot, J. Llobera. Mallorca, España – 2013. En el estudio: “Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida”. Se concluyó que un 24% (IC 95% = 20,9-27,5%) sufría incontinencia, y la prevalencia aumentaba de manera significativa con la edad. El tipo de IU más frecuente fue de esfuerzo (45%), seguido de mixta (29%), de urgencia (19,4%) y continua (6,5%). En las mujeres incontinentes la puntuación total media del ICIQ-SF fue de 9,2; un 25,2% correspondía a IU moderada-severa. La mayor puntuación del ICIQ-SF fue en la IU mixta y continua. Las mujeres incontinentes presentaron peor calidad de vida en todas las dimensiones del EuroQol-5D, observando una mayor afectación en aquellas mujeres con IU mixta y continua. Una de cada 4 mujeres sufre IU y tienen peor calidad de vida. La prevalencia aumenta con la edad, la mitad es de esfuerzo y una cuarta parte moderada-grave <sup>(9)</sup>.

C.M. Suárez Serrano, E. Medrano Sánchez, E. Díaz Mohedo, M. de la Casa Almeida, R. Chillón Martínez a y G. Chamorro Mariana. España 2012. En el estudio Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria, concluyeron que la edad media de las pacientes fue de 52,97 con una desviación típica de 11,41 años y con 7,55 años de evolución de incontinencia, el 60% padecían incontinencia de esfuerzo. Las dimensiones: salud general, gravedad e impacto de la incontinencia son las más afectadas. Las dimensiones más afectadas son las relacionadas con la percepción de salud general, con el impacto que este problema provoca en sus vidas y con la esfera física de las mujeres <sup>(10)</sup>.

## **1.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:**

La elección del presente tema se debe a la gran repercusión de la IU en la población femenina por producir problemas sanitarios, psicológicos, económicos y sociales con efectos devastadores en la calidad de vida del individuo por afectar a su vida social, profesional y familiar. Por ello es conveniente establecer la relación existente entre la incontinencia urinaria y la calidad de vida de las mujeres que la padecen para contribuir en el conocimiento del tema e incentivar la relevancia de su estudio ya que es ésta la población más afectada y la que según el INEI en su proyección para el año 2050 tendrá una mayor tasa de crecimiento.

Asimismo el tema elegido tiene una alta relación con el perfil profesional del Terapeuta Físico dado que la incontinencia urinaria es una disfunción del suelo pélvico (DSP), y el Terapeuta Físico es un profesional con una sólida formación científica y humanística, en la que se asienta un conocimiento profundo del movimiento humano y de los agentes físicos, naturales y artificiales, y sus aplicaciones en la prevención de las enfermedades y discapacidades, promoción y recuperación de la salud, y rehabilitación de la persona. Realiza el diagnóstico y pronóstico fisioterapéutico; elabora, ejecuta y monitoriza protocolos, programas y planes de Terapia Física con calidad y eficiencia. Se ha demostrado que la Fisioterapia Uroginecológica tiene una repercusión eficaz en el tratamiento rehabilitador, mejorando notablemente la calidad de vida de las personas con incontinencia urinaria, reduciendo el gasto sanitario al limitar el consumo de fármacos y elementos como pañales o absorbentes; De la misma forma en la prevención de las distintas disfunciones del suelo pélvico, logrando así una mejoría en la calidad de vida de las mujeres.

Además, el presente estudio pretende servir de base a posteriores investigaciones como línea de investigación y quedar como antecedente para estudios posteriores y enmarcando la importancia de la participación del Terapeuta Físico en el equipo interdisciplinario en el proceso terapéutico del paciente con Incontinencia Urinaria.

### **1.3. OBJETIVOS:**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL:**

- A.** Establecer la relación entre la incontinencia urinaria y la calidad de vida de pacientes mujeres del servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- A.** Describir la frecuencia de la incontinencia urinaria en las pacientes mujeres de 18 a 60 años del Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017.
- B.** Describir la calidad de vida en las pacientes mujeres del Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017
- C.** Identificar la relación entre la incontinencia urinaria y el comportamiento de evitación y limitación de la conducta en pacientes mujeres del servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017.
- D.** Identificar la relación entre la incontinencia urinaria y la repercusión social en pacientes mujeres del servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017.
- E.** Identificar la relación entre la incontinencia urinaria y los sentimientos de vergüenza en relación social en mujeres del servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017.

## **1.4. BASES TEÓRICAS:**

### **1.4.1. BASE TEÓRICA:**

#### **1.4.1.1. INCONTINENCIA URINARIA:**

La incontinencia urinaria es uno de los motivos más frecuentes de consulta a urólogos, ginecólogos y médicos en general; repercutiendo más en la población femenina. La Incontinencia Urinaria (IU) forma parte de una amplia variedad de condiciones clínicas que incluye la incontinencia fecal, prolapso de órganos pélvicos, disfunciones sexuales y dolor crónico pélvico que constituyen el concepto de Disfunción del Suelo Pélvico Femenino (DSP). La ICS (La Sociedad Internacional de Continencia) clasificó en el año 2002 los síntomas del tracto urinario inferior en síntomas de fase de llenado y síntomas miccionales; y consideran la Incontinencia Urinaria como un síntoma de la fase de llenado y la define como: “Cualquier pérdida involuntaria de orina que se supone un problema social o higiénico” <sup>(3, 4,11, 12)</sup>. A su vez la IU es considerada por la OMS como: “La pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable, es un problema social, tanto para los pacientes que la sufren, como para quienes cuidan de ellos. Puede producir problemas higiénicos y sociales con efectos devastadores en la calidad de vida del individuo por afectar a su vida social, profesional y familiar” <sup>(1,2)</sup>.

La incidencia de IU aumenta casi linealmente con la edad hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos tanto por su elevada prevalencia, como por el impacto negativo en el adulto mayor que la padece <sup>(3, 5,12)</sup>. La Incontinencia Urinaria está sujeta a diversas condiciones, y la frecuencia de IU en mujeres es el doble en relación a los hombres. Existen diversos tipos de IU, sin embargo en la población

femenina la más frecuente es la Incontinencia Urinaria por Esfuerzo (IUE); dado que el embarazo y el parto son factores de riesgo altamente relacionados con la aparición de incontinencia urinaria, una de las disfunciones más frecuentes del suelo pélvico, con una prevalencia aproximada entre el 40% y el 59% <sup>(13)</sup>.

➤ **FACTORES DE RIESGO:**

**Género;** Por varias razones (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efecto del parto) intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU.

**Edad;** En menores de 60 años las mujeres tienen cuatro veces más probabilidad que los hombres de padecer IU, pero en mayores de 60 años sólo dos veces más y a partir de los 80 años la prevalencia se iguala en ambos sexos. La IU no se debería considerar normal en la vejez, sin embargo, hay cambios en la vejiga y en las estructuras pélvicas que ocurren con la edad y que contribuyen con la IU, pero no es consecuencia directa de ella.

**Parto;** Estudios evidencian la relación entre el número de partos y la IU; Debido a que el parto produce laxitud en el piso pélvico, como consecuencia del debilitamiento y estiramiento de los músculos y tejido conectivo durante el parto. Además de las laceraciones espontáneas de tejidos y nervios; que interfieran en la habilidad para contraerse de modo eficiente del Esfínter uretral estriado en respuesta al aumento de la presión intraabdominal o de las contracciones del detrusor.

**Menopausia.** La disminución o ausencia de estrógenos durante el climaterio puede conllevar una debilidad en los músculos que sirven de soporte físico de la vejiga impidiendo un cierre uretral adecuado.

**Obesidad.** Esto se debe a la sobrecarga del piso pélvico, la sobrecarga produce un estiramiento y un debilitamiento de las estructuras del suelo pélvico.

Recién nacido de gran tamaño o Macrosómico

Enfermedad neurológica y daño cerebral como el ictus, la demencia y la enfermedad de Parkinson.

Diabetes Mellitus

Obstrucción para el vaciado de la orina por tumores pélvicos <sup>(5, 13, 14,15)</sup>.

#### ➤ **CAUSAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA:**

Las causas de la IU pueden dividirse en: agudas y persistentes

##### – **CAUSAS AGUDAS:**

- Endocrinológicas (Hiperglucemia, hipercalcemia, vaginitis atrófica).
- Psicológicas (Depresión).
- Fármacos (Diuréticos, Anticolinérgicos, Antidepresivos, Antipsicóticos, Sedantes, Narcóticos, Bloqueadores Alfa, Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina, Bloqueadores de Calcio, Cafeína y Alcohol).
- Infecciones.
- Neurológicas (ACV, Parkinson, Hidrocefalia Normotensa).
- Estrogénicos (Vaginitis Atrófica, Estreñimiento).

- Restricción de la movilidad. <sup>(16)</sup>

– **PERSISTENTES:** A su vez estas las podemos subclasificar en 2 condiciones:

- ***Anormalidades vesicales que causan IU:***

- ✓ Hiperactividad del detrusor: Inestabilidad vesical, vejiga hiperrefléxica; se caracteriza por las contracciones involuntarias del Detrusor y el término es utilizado cuando la etiología de las contracciones no es clara.
- ✓ Hipoactividad del detrusor: Detrusor acontráctil, Vejiga arrefléxica. <sup>(16,17,18)</sup>

- ***Alteraciones esfinterianas que causan IU:***

- ✓ Hipermovilidad Uretral: Este término denota la debilidad del piso pélvico. La hipermovilidad se encuentra con frecuencia en mujeres que no presentan incontinencia, por lo cual, la simple evidencia de hipermovilidad no constituye una anomalía esfinteriana en sí. Si no hay demostración de la incontinencia.
- ✓ Deficiencia Intrínseca del Esfínter: Hace referencia a la alteración de la funcionalidad esfinteriana. <sup>(16,17,18)</sup>

➤ **TIPOS:** Existen tres tipos de IU según la ICS:

**INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO (IUE):** Es definida como pérdida involuntaria de orina, a través de la uretra durante un esfuerzo o ejercicio, como la tos o el estornudo. Es la más asociada al embarazo y al parto. Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión intraabdominal, teniendo poca relación con la actividad del detrusor. Es la más frecuente en las mujeres, y su prevalencia se sitúa entre el



40-50%. <sup>(4, 5, 12,18)</sup> Es la más frecuente y su presentación se favorece en la obesidad, los partos múltiples y la deficiencia de estrógenos debido al debilitamiento del suelo pélvico. <sup>(19)</sup>

**INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA (IUU):** Es definida como la pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de orinar, que se denomina “urgencia” o “micción imperiosa”. Se debe a una contractibilidad aumentada de la vejiga urinaria, que en condiciones normales sólo se contrae cuando el sujeto decide orinar voluntariamente. Este tipo de IU viene precedida por una sensación de urgencia, imposible de controlar, que es consecuencia de una contracción involuntaria del músculo del detrusor de la vejiga urinaria. La prevalencia se incrementa a partir de los 40 años, con un pico a partir de los 75; de hecho es la forma más frecuente de incontinencia en ancianas mayores de 75 años <sup>(4, 12, 19)</sup>. la prevalencia es entre 11 y 20% de las mujeres incontinentes que tienen síntomas de IUU.<sup>(5)</sup>

**INCONTINENCIA URINARIA MIXTA (IUM):** Está definida por la ICS, como una pérdida involuntaria de orina asociada tanto a la urgencia miccional como al esfuerzo. Es la que se presenta con urgencia y también al realizar ejercicios, esfuerzos, estornudos o toser. La pérdida se produce por un doble mecanismo: hiperactividad del detrusor e incompetencia esfinteriana. Es el tipo más frecuente en la mujer después de la IU de esfuerzo, siendo su prevalencia del 35%. <sup>(4, 5, 12)</sup>

#### **1.4.1.2. RECUERDO ANATOMOFISIOLÓGICO DE LA IU:**

##### **➤ SUELO PÉLVICO:**

El suelo pélvico es un conjunto de estructuras musculares y visceroponeuróticas que cierran inferiormente la cavidad abdominopelviana. Está compuesta por el Diafragma Pélvico (Formado por los Músculos Elevador del Ano y Coccígeos) y El Periné (Conjunto de partes blandas que cierran la cavidad pelviana, por debajo del diafragma pélvico). <sup>(21, 23)</sup>

El diafragma pélvico se inserta entre los agujeros ciáticos; quedando el mayor encima del suelo pélvico y el menor por debajo.

El periné es el suelo de la pelvis que sostiene las vísceras, las contienen y son perforadas por las mismas. Tiene forma romboidal; se halla limitado hacia delante por la sínfisis púbica, lateralmente por las ramas isquiopúbicas y las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por los ligamentos sacrociáticos mayor y menor y el coxis. La línea bisquiática divide el periné en un triángulo anterior urogenital, donde se encuentra el diafragma urogenital, y un triángulo posterior o digestivo con el orificio anal. <sup>(23)</sup> Está compuesto por un conjunto de músculos y fascias que trabajan juntos para proveer soporte a las vísceras pélvicas, está conformado el 80% de tejido conjuntivo facial y el 20% de tejido muscular. El tejido muscular está conformado en mayor parte, el 80% compuesto de fibras tónicas y el resto de fibras fásicas. El periné está formado por 3 planos: Un plano superficial, plano medio y un plano profundo.

### **PLANO SUPERFICIAL:**

- ***El esfínter externo del ano:*** Es el único músculo del plano superficial que pertenece al periné posterior. Es un anillo de fibras concéntricas que se origina en el centro tendinoso hacia el ligamento anococcigeo, rodeando la cara superior y lateral del clítoris. Su función es el cierre del ano.
- ***El músculo perineal transverso superficial:*** Se extiende desde la cara interna del isquion hasta el centro tendinoso que va del ano a la comisura bulbar. Su función es estabilizar el centro tendinoso, asegurando la posición de los órganos de la pelvis y el mecanismo de cierre de la uretra.
- ***El músculo isquiocavernoso:*** Se origina en la rama del hueso isquion y termina insertándose en la cara superior y lateral del clítoris. Su función es bombear sangre hacia el cuerpo del clítoris.
- ***El músculo bulbocavernoso:*** Se origina en el centro tendinoso ventralmente hasta el clítoris. Su función es estrechar el orificio vaginal.

**PLANO MEDIO:** También llamado diafragma urogenital, está formado por una capa superior y otra inferior.

- ***El músculo transverso profundo del periné:*** Se origina en la rama inferior del pubis e isquion y se dirige hacia el centro tendinoso del periné. Su función es asegurar la posición de los órganos de la pelvis y el mecanismo de cierre de la uretra.
- ***Esfínter externo de la uretra:*** Es un desdoblamiento del músculo transverso profundo del periné que rodea la uretra, en la parte

superior la envuelve por completo pero en la parte inferior es reducido a la mitad anterior. Su función es el cierre de la uretra.

**PLANO PROFUNDO:** También llamado diafragma pélvico, tiene forma de embudo que sirve de sujeción a las vísceras pélvicas y abdominales.

- ***Ms. Elevador del ano:*** Se fija a la pelvis en las ramas descendentes y horizontales del pubis, espina ciática, aponeurosis del obturador interno y bordes del coxis. Son 3 haces del Ms. Elevador del ano: Ms. Pubococcígeo, Ms. Puborectal, Ms. Iliococcígeo) Sus fibras se dirigen a la línea media y se entrecruzan con las del lado opuesto:
- ✓ ***Ms. Pubococcígeo:*** Se origina en el pubis y se inserta en el ligamento anococcígeo y el cóccix. Su función es asegurar la posición de los órganos de la pelvis.
- ✓ ***Ms. Puborectal:*** Se origina en la rama superior del pubis y se inserta en el ligamento anococcígeo. Su función es asegurar la posición de los órganos de la pelvis.
- ✓ ***Ms. Iliococcígeo:*** Se origina en el arco tendinoso del músculo obturador interno y se inserta en el ligamento anococcígeo y el cóccix. Su función es asegurar la posición de los órganos de la pelvis, eleva y sostiene el suelo pélvico, ayuda a finalizar el vaciado vesical y de la ampolla rectal. <sup>(22,23,24)</sup>

La Fascia Pélvica y Tejido Conectivo Subperitoneal Pélvico se encargan de consolidar y soportar los órganos pélvicos, los ligamentos suspenden estos órganos y actúan como punto de anclaje de los músculos. La acción sinérgica de los ligamentos, la fascia y los músculos influye directamente en la función normal de los órganos pélvicos. La fascia pélvica es considerada una prolongación

de la Fascia Transversal Abdominal en la pelvis y puede ser dividida en dos partes: La fascia Parietal y la fascia Visceral. <sup>(23)</sup>

- **LA FASCIA PARIETAL:** Es parte de un conjunto general que reviste la cara interna de las paredes abdominales y pélvicas. En las paredes laterales de la pelvis, esta lámina conjuntiva se torna más espesa para revestir la cara interna de los músculos elevadores del ano y los coccígeos, y constituir la fascia superior del diafragma pélvico. <sup>(23)</sup>
  
- **LA FASCIA VISCERAL: *O endopelviana*;** Se localiza entre el peritoneo y la fascia parietal y sirve de envoltura para el útero, la vagina, la vejiga, el recto y la vaina de los vasos. Se extiende sobre la pared vesical posterior hasta el cervix uterino, recibiendo la denominación de fascia vesicopélvica (o fascia pubovesical) responsable del soporte de estas estructuras, así como de la pared vaginal anterior. El mantenimiento del eje uretrovesical, determinada por esta fascia, es fundamental para la micción normal. El tejido conjuntivo subperitoneal pélvico se condensa en torno al tejido conjuntivo visceral de la pelvis para constituir las vainas del recto, la vagina y la vejiga, en sus puntos de condensación, se presenta diferenciado en verdaderos ligamentos cuyos principales son:
  - ***Ligamento transverso cervical (ligamento cardinal o de Mackenhodt):*** Fija el cuello del útero a la extremidad superior de la vagina y las paredes laterales de la pelvis.
  - ***Ligamento sacro cervical (sacros uterinos):*** Fija el cuello del útero a la extremidad superior de la vagina y a la extremidad inferior del sacro. Forma dos crestas uno a cada lado de la excavación rectouterina (fondo de saco de Douglas).
  - ***Ligamentos pubo cervicales:*** Representados por dos haces densos de tejido que se originan en la superficie posterior del pubis y se

dirigen hacia el cuello uterino bilateralmente, posicionándose lateralmente al cuello vesical, parte de sus fibras confiere sustento al cuello vesical (ligamentos pubovesicales). <sup>(23)</sup>

➤ **LA VEJIGA:**

Es una bolsa muscular elástica que se localiza detrás de la sínfisis del pubis y delante del útero. La pared de la vejiga está formada principalmente por tejido muscular liso. El llamado musculo detrusor o capa muscular formada por una red de haces entrecruzados de fibras musculares lisas, el detrusor está formado por un 70% de fibras elásticas y un 30% de fibras colágenas. Estos haces se cruzan en todas las direcciones, circular, oblicua y longitudinalmente, asimismo por pliegues. Gracias a ellos la vejiga se puede distender de forma extraordinaria. Se denomina trígono a la región de la pared vesical posterior que se encuentra entre los orificios ureterales y el meato uretral interno; que también tiene inervación parasimpática. La vejiga cumple dos funciones importantes; Reservorio de la orina antes de que abandone el organismo y La expulsión de la orina del organismo con ayuda de la uretra. Durante la fase de llenado, la orina se acumula en la vejiga a un promedio de 20ml/min. La capacidad vesical según los individuos, se considera normal 350-500ml. Al inicio de ésta, en la fase de almacenamiento, la vejiga se distiende manteniendo una presión baja de llenado debido a la relajación del músculo detrusor. En la fase final de la misma, la presión aumenta produciendo sensación de plenitud y deseos de orinar. En la fase de vaciado, se produce la contracción del detrusor gracias al estímulo del S.N. Parasimpático. <sup>(15, 20,24)</sup>

➤ **URETRA FEMENINA:**

Es un pequeño tubo tapizado por membrana mucosa que se extiende desde el suelo de la vejiga (trígono) hasta el exterior del organismo. Tiene una doble función: de control de vaciado y de su conducción. Posee 4 capas; la capa más externa esta revestida por músculo estriado, extendiéndose en el 80% del cuerpo uretral total. Está constituido por dos partes:

- ***Esfínter Parauretral o Esfínter Interno:*** Se encuentra en el cuello vesical, está formada por fibras musculares de contracción lenta (De tipo I), se encuentran en contacto directo con la uretra, siendo responsables de la mantención del tono basal. Importante para mantener la continencia
- ***Esfínter periuretral o Esfínter Externo:*** Está formada por fibras de tipo I y fibras de tipo II, derivadas de haces de la musculatura del elevador del ano y se caracteriza por tener contracción rápida, con importancia en la contracción refleja que ocurre en respuesta al aumento de la presión abdominal, como ocurre al toser o estornudar. Durante la fase de llenado vesical la presión intrauretral permanece más alta que la intravesical asegurando la continencia, la diferencia de presión entre la uretra y la vejiga, recibe el nombre de presión uretral de cierre. En la fase de vaciado se produce la apertura del esfínter interno y la relajación voluntaria del esfínter externo con una caída de presión intrauretral que favorece la micción. <sup>(15,20,24)</sup>

### **1.4.1.3. CALIDAD DE VIDA:**

La definición de calidad de vida ha ido evolucionando desde una concepción sociológica a una perspectiva pisco-socio-cultural. Después de la Segunda Guerra Mundial y la industrialización, surge la tentativa de los investigadores de la época el conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida. Se define la calidad de vida en relación al medio ambiente, para posteriormente definirse con un objetivo integrador, multidimensional, incluyendo elementos objetivos y subjetivos, extendiéndose a la salud, educación, economía, política y servicios. <sup>(27, 29)</sup>

Ambas posiciones se relacionan en la definición actual de calidad de vida según la OMS como: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. <sup>(26)</sup>

La multidimensionalidad del concepto de calidad de vida es ampliamente reconocida, la OMS definió 6 extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida: la física, la psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. Así pues, el bienestar físico y emocional son los dos aspectos más importantes, aunque hay que considerar otros como el sueño, ansiedad, fatiga, depresión, comunicación, relaciones con la pareja, relaciones sociales <sup>(30)</sup>. Todas estas dimensiones están claramente afectadas en las pacientes con incontinencia



urinaria. Por este motivo nos planteamos determinar la calidad de vida de las mujeres con IU.

La salud, según la definición de la OMS es: “Estado de bienestar completo, físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o incapacidad” <sup>(30, 31)</sup>. Salud es, por tanto, un concepto positivo que enfatiza tanto las capacidades físicas como los recursos personales y sociales, y por ello, no es responsabilidad exclusiva del sector salud ni se limita a los estilos de vida saludables. El logro del mayor nivel alcanzable de salud es un derecho humano fundamental, consagrado desde 1946 en la constitución de la OMS. <sup>(31)</sup>

De esta definición multidimensional de la salud podría derivarse inicialmente el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), dado que cuando una enfermedad afecta a un individuo el deterioro no solo lo compromete físicamente o emocionalmente, sino que también puede modificar su capacidad económica, las relaciones con su entorno, sus valores religiosos y políticos. Entonces La CVRS agrupa, pues, tanto los elementos que forman parte del individuo como aquellos externos que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud. Así surgió la necesidad de componer el término de “calidad de vida relacionada con la salud”, que ha sido definido como: “El nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud”. Mediante el CVRS se evalúa el impacto de la enfermedad, condición o trastorno en la vida de la persona. Para comprender qué repercusión tiene y cuáles son los aspectos involucrados, las evaluaciones físicas son insuficientes. Este enfoque aplicado en la medicina, resalta la relevancia de la práctica centrada en las necesidades del paciente.

Entonces la definición de calidad de vida (CV) debe ser diferenciado de la calidad de vida relacionado a la salud (CVRS) debido a que este es utilizado en el campo de la medicina para evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas o para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria. Es decir es una medición de la salud desde la perspectiva de los pacientes. <sup>(28,31)</sup>

En el caso particular de la mujer, el modo de inserción femenina en el proceso productivo, las relaciones de subordinación económica, la falta de equidad en el espacio público y privado, los conflictos por la carencia y necesidad de apoyo financiero, las condiciones del entorno higiénico habitacional, que puedan generar más carga física en su trabajo diario y las características específicas del trabajo doméstico o productivo en el espacio urbano o rural, son factores que pueden contribuir a favorecer o deteriorar la salud de la mujer y por tanto afectar su calidad de vida. <sup>(32)</sup>

El conocimiento de los determinantes de la salud de las mujeres, uno de los grupos cuyas características específicas son frecuentemente olvidadas en las políticas de salud pública, más allá de los factores ligados a la salud reproductiva (embarazo, parto, menopausia, etc.) es fundamental para la visualización global de las desigualdades en salud según género. Aunque las mujeres tienen una esperanza de vida superior a los hombres, presentan mayor morbilidad e incapacidad. <sup>(33)</sup>

Por este motivo el siguiente estudio se centra en evaluar la calidad de vida en pacientes mujeres con IU ya que esta produce un deterioro en ella.

### **1.4.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:**

- **INCONTINENCIA URINARIA (IU):** La pérdida involuntaria de orina que puede ser demostrada objetivamente y que constituye un problema social o higiénico.
- **CALIDAD DE VIDA (CV):** La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.
- **UROGINECOLOGÍA:** Es una disciplina médica-quirúrgica que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de aquellas patologías relacionadas simultáneamente con el sistema urinario y genital femenino.
- **DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO (DSP):** Es un término que engloba problemas clínico-funcionales, debido a un defecto en el soporte anatómico o el daño de la innervación de los músculos, tejidos conectivos de la fascia endopélvica y de su contenido (útero, vagina, vejiga e intestinos).
- **COMPORTAMIENTO DE EVITACIÓN Y LIMITACIÓN DE LA CONDUCTA:** Se entiende por evitación de la conducta, como impedir o procurar no encontrarse con una situación desagradable que determina la no realización de una actividad determinada limitando así su conducta.

### **1.4.3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS:**

¿Cómo se relaciona la incontinencia urinaria y la calidad de vida en las pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017?  
Formulamos las hipótesis estadísticas:

## **HIPOTESIS GENERAL**

**HG:** Existe relación entre la incontinencia urinaria y la calidad de vida en las pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017.

**H0:** No Existe relación entre la incontinencia urinaria y la calidad de vida en las pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017.

## **HIPOTESIS ESPECIFICAS**

**H1.** Es probable que de la incontinencia urinaria sea leve en las pacientes mujeres de 18 a 60 años del Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017.

**H2.** Es probable que la calidad de vida sea buena en las pacientes mujeres del Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017

**H3** Existe relación significativa entre la incontinencia urinaria y el comportamiento de evitación y limitación de la conducta en pacientes mujeres del servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017.

**H4.** Existe relación significativa entre la incontinencia urinaria y la repercusión social en pacientes mujeres del servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017.

**H5.** Existe relación significativa entre la incontinencia urinaria y los sentimientos de vergüenza en relación social en mujeres del servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017.

## **CAPÍTULO II: MÉTODOS**

## **2.1. DISEÑO METODOLÓGICO:**

### **2.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

El presente estudio es una investigación de tipo Cuantitativo, Correlacional; ya que estudiaremos la correlación entre las variables expuestas.

### **2.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:**

El diseño de la investigación es de Análisis, ya que es un estudio en el cual el investigador describe o mide el fenómeno estudiado sin intervenir directamente sobre las variables. Transversal, ya que la recolección de se dará en un solo momento. Prospectiva; dado que la recopilación de datos se dio a partir de fuentes secundarias, es decir se recopilaron los datos directamente de la muestra.

### **2.1.3 POBLACIÓN:**

Pacientes atendidas en el servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa mayores de 18 años y menores de 60 años.

### **2.1.4 MUESTRA Y MUESTREO:**

La muestra estará conformada por todas aquellas pacientes atendidas en el servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa mayores de 18 años y menores de 60 años durante el mes de julio, que cumplan con los criterios de inclusión. Por lo tanto, la muestra estará formada por toda la población, por lo que no amerita realizar un muestreo.

#### **2.1.4.1. CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Pacientes mujeres del servicio de Terapia Física de la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa, que den su consentimiento informado según las normas de ética.
- Pacientes mujeres comprendidas entre 18 y 60 años de edad
- Pacientes mujeres con antecedentes de infección urinaria

#### **2.1.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes mujeres nulíparas del servicio de Terapia Física y Rehabilitación.
- Pacientes mujeres en estado de gestación.
- Pacientes mujeres en estado de puerperio.
- Mujeres con incontinencia urinaria de origen neurológico.

#### **2.1.5 VARIABLES:**

- VARIABLE INDEPENDIENTE:
  - La Incontinencia Urinaria
- VARIABLE DEPENDIENTE:
  - La Calidad de Vida.

<i>Variables</i>	<i>Definición Perceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Valor</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Escala</i>
<b>Variable Independiente:</b>  LA INCONTINENCIA URINARIA	La pérdida involuntaria de orina que puede ser demostrada objetivamente y que constituye un problema social o higiénico.	Valoración según The International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF)	Frecuencia de pérdida de Orina	Nunca = 0 Una vez a la semana = 1 2-3 veces/semana = 2 Una vez al día = 3 Varias veces al día = 4 Continuamente = 5	Cualitativa	Ordinal
			Cantidad de pérdida de orina	Nada = 0 Muy poco = 2 Moderado = 4 Mucho = 6		
			Impacto del escape de orina en la CV.	No afecta su vida diaria = 0 Afecta mucho su vida diaria = 10		
<b>Variable Dependiente:</b>  LA CALIDAD DE VIDA	La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.	Valoración según Incontinence Quality-Of-Life Measure (I-QOL)	Comportamiento de evitación y limitación de la conducta	Siempre=1 Casi Siempre=2 Moderado=3 Un Poco=4 Nunca=5	Cualitativa	Nominal
			Repercusión psicosocial			
			Sentimientos de vergüenza en relación social			



### **2.1.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

En el presente estudio se utilizó como técnica la encuesta, para establecer contacto con la muestra a través de cuestionarios como instrumento de recolección de datos.

➤ **THE INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE-SHORT FORM (ICIQ-IU-SF):** Es un cuestionario que identifica a las mujeres que padecen de IU, y a su vez mide la percepción de la mujer sobre la IU a partir de un cuestionario específico, en el que se evalúa la severidad de la orina y el tipo de IU. Recoge información a través de tres ítems sobre la percepción de la mujer:

- La frecuencia de pérdidas de orina.
- La cantidad de pérdida de orina.
- El impacto de estas pérdidas sobre la vida diaria en una escala de 0 (no afecta a su vida diaria) a 10 (afecta mucho a su vida diaria).

La puntuación total del ICIQ-SF es el resultado de la suma de los 3 primeros ítems, oscilando entre 0 y 21, siendo indicador de incontinencia urinaria cualquier puntuación superior a 0. Adicionalmente incluye sin formar parte de la puntuación opciones para determinar el tipo de incontinencia.

En 1998 se efectuó la primera consulta internacional sobre IU patrocinada por la OMS y luego de su análisis y conclusiones un comité de expertos formado por las ICS decidió desarrollar un cuestionario breve y simple que evaluando los síntomas e impacto de la IU pudiera ser aplicado en la práctica clínica y en la investigación por la comunidad científica internacional. Es así que se elabora el cuestionario ICIQ-IU-SF validado originalmente en idioma inglés. El cuestionario ICIQ-IU-SF ha sido ya traducido a 35 idiomas, entre ellos español en una población europea como España, demostrando su superioridad respecto a otros cuestionarios, tiene altos niveles de validez, confiabilidad y sensibilidad obteniendo el grado A de la Consulta

Internacional de Incontinencia . También ha sido validada en Chile, una población de país de habla hispana en vías de desarrollo, “**Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA)**” por Maritza C., Ramón Serra T. CHILE-2012. Donde se incluyó un total de 77 mujeres, 52 (67%) con incontinencia de orina y 25 (33%) asintomáticas. La edad promedio de todas las encuestadas fue de 51 años (rango entre 21 y 80 años), el peso promedio fue de 68,1 kilos, la talla promedio de 155 cm y el número promedio de partos fue de 3. El tiempo promedio entre la aplicación de los cuestionarios fue de 44 días (rango de 30 a 45 días). El 92,2% de las encuestadas contestó todos los ítems del cuestionario y el promedio de datos perdidos para todos los ítems fue de 1,3% La consistencia interna fue de 0,87 medida a través del coeficiente Alfa de Cronbach. La confiabilidad intra-observador para los 3 ítems que componen el cuestionario fue de 0,84, 0,86 y 0,80 respectivamente, medida a través de los coeficientes Kappa ponderados. En conclusión el cuestionario ICIQ-SF tiene un grado máximo de recomendación para su uso en el manejo de la incontinencia urinaria y debiera ser incorporado en la evaluación básica de la incontinencia de orina desde la perspectiva del paciente. <sup>(34)</sup>

Se anexa formato de ICIQ-SF (*Anexo N°1*)

- **INCONTINENCE QUALITY-OF-LIFE MEASURE (I-QOL):** Mide la afectación en la calidad de vida, valora las dimensiones física, psíquica y social. Se administrará esta escala cuando el resultado del anterior instrumento, que se ejecutará primero, obtenga una puntuación mayor de 0. Consta de 22 ítems que se dividen en 3 subescalas, estas son:
  - **Comportamiento De Evitación Y Limitación De La Conducta:** Consta de 8 ítems, esta subescala recoge preguntas relacionadas con los síntomas de incontinencia mixta, determinado por la no realización de actividades sociales por miedo a no llegar o no encontrar un baño cerca y mojarse.
  - **Repercusión Psicosocial:** Consta de 9 ítems.

- ***Sentimientos De Vergüenza En La Relación Social:*** Consta de 5 ítems, está relacionada con la preocupación por uno mismo y por los demás, figuran también entre los motivos por los que muchas mujeres no buscan ayuda profesional.

El I-QOL es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 22 ítems, con una puntuación máxima de 110 puntos. Cada ítem tiene 5 posibles respuestas posibles en una Escala de Likert., teniendo las siguientes posibilidades: 1=Siempre, 2=Casi Siempre, 3=Moderado, 4=Un Poco, 5=Nunca. La interpretación de la escala se transforma al totalizar las puntuaciones de cada ítem de la escala, que será de 22 a 110. Entonces los valores pueden oscilar entre:

- 22 Peor situación imaginable.
- 110 Óptima situación imaginable.

Los resultados más altos indican mejor calidad de vida relacionada a la IU.

En 1999 Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Marquis P, Andrejasich CM, Buesching DP. En el estudio “***Cultural adaptation of a quality-of-life measure for urinary Incontinence***” se tuvo como objetivo; Traducir y validar una medida específica de la calidad de vida de la incontinencia urinaria (I-QOL) en francés, español, sueco y alemán y proporcionar traducciones solamente a otros siete idiomas y variantes de estas lenguas. Como resultado los procedimientos de traducción resultaron en un cambio en la escala de respuesta Likert del instrumento original de 4 a 5 puntos. El análisis de los componentes principales confirmó tres subescalas derivadas del paciente y el análisis de factores de orden superior confirmó una puntuación total. En todos los países, la consistencia interna (alpha) y la reproducibilidad (ICC) fueron altas (alfa varió entre 0,87 y 0,93); (ICC osciló entre 0,92 y 0,95). En todos los países, las puntuaciones de I-QOL fueron significativamente peores ( $p < 0,001$ ), ya que la severidad percibida de la incontinencia, el uso de servicios y el número de episodios de incontinencia aumentaron. En conclusión: La I-QOL ha sido adaptada con éxito en once idiomas y seis variantes de estas lenguas. Las propiedades psicométricas transversales de la versión estadounidense fueron

confirmadas en cuatro países europeos. La I-QOL llena la necesidad de un instrumento de calidad de vida internacional válido para su incorporación en ensayos clínicos que cubran pacientes con diferentes tipos y severidad de incontinencia urinaria. <sup>(35)</sup>

Se anexa formato de I-QOL (*Anexo N°2*)

### 2.1.7 PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

- LA RECOLECCIÓN DE DATOS: Se realizó de la siguiente manera:
  - **Primero:** Se realizó la búsqueda de pacientes mujeres en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de la filial de Arequipa y se aplicó los criterios de inclusión y exclusión. Luego de seleccionar a la participante se le explicó el objetivo de la investigación y se le invitó a participar en el estudio. A las pacientes que decidieron participar en el estudio se les solicitó firmar el consentimiento informado según las normas de ética, el cual fue facilitado por escrito.
  - **Segundo:** Se explicó en que consiste cada prueba y se aplicó las 2 escalas mencionadas ya anteriormente. En primer lugar se aplicó el Cuestionario Internacional de Incontinencia Urinaria en su forma corta (**ICIQ-SF**) ó “*The International Consultation On Incontinence Questionnaire-Short Form*”, para identificar a las mujeres que padecen de IU, y a su vez mide la percepción de la mujer sobre la IU a partir de un cuestionario específico, en el que se evaluó la severidad de la IU y el tipo de IU; si en esta escala la puntuación obtenida fue mayor a 0, se continuó aplicando el segundo cuestionario; *Incontinence Quality-Of-Life Measure (I-QOL)* para evaluar la calidad de vida de la mujer con incontinencia urinaria (IU) también, otro valor más específico para cada dimensión dentro de la propia escala.
  - **Tercero:** Luego de realizadas las 2 escalas, estos datos fueron registrados en una base de datos para ser procesados.

## ➤ ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS:

### **Análisis Estadístico**

Para el procesamiento del análisis de los datos obtenidos se realizó con la ayuda del software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS - 24) en el que se elaboraron las tablas y se contrastaron las pruebas de hipótesis pertinentes. Se elaboró tablas y gráficos de barras, con la finalidad de realizar una descripción de los resultados obtenidos de la muestra; todos ellos elaborados de Microsoft Office (Excel, Word).

### **Análisis Descriptivo**

Para las variables cuantitativas se determinaron medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar). Para las variables cualitativas se determinaron frecuencias absolutas y relativas (%).

### **Análisis bivariado**

Para determinar la relación entre la calidad de vida y la incontinencia urinaria se utilizó la prueba de Chi-cuadrado, con un valor de significancia (Valor crítico observado) de  $0.000 < 0.05$ .

## **2.1.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

La ejecución de la presente investigación no involucra riesgo alguno a la salud e integridad de los pacientes, ya que el estudio sigue los lineamientos establecidos en la 64° asamblea general de la Declaración de Helsinki, considerando así los aspectos éticos universales. Se brindó el consentimiento informado por escrito a las pacientes mujeres, luego de brindarles información acerca de le propósito, participación, riesgos y beneficios, confidencialidad, etc. La privacidad de la información suministrada se garantizó mediante la aplicación de las 2 escalas mencionadas únicamente por el investigador. Por lo cual, se mantiene la confidencialidad de la información proporcionada por las pacientes mujeres participantes. Asimismo previo a la ejecución del presente estudio, éste fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Se anexa formato de consentimiento informado (*Anexo N° 3*).

## **CAPÍTULO III: RESULTADOS**

De la población en estudio de mujeres atendidas en el servicio de Fisioterapia y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios cabe destacar que el 41% son casadas, el 59% son trabajadoras dependientes, el 37.7% tiene 2 hijos y el 27.9% de mujeres son en mayor proporción de 36 a 43 años.

**TABLA N° 1**

**DISTRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS PERSONALES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017**

<b>Características personales</b>		<b>fi</b>	<b>%</b>
<b>Estado civil</b>	Soltera	10	16.4
	Conviviente	22	36.1
	Casada	25	41.0
	Separada	4	6.6
<b>Ocupación</b>	No trabaja	15	24.6
	Dependiente	36	59.0
	Independiente	10	16.4
<b>Número de hijos</b>	0	8	13.1
	1	11	18.0
	2	23	37.7
	3	14	23.0
	4	4	6.6
	Más de 4	1	1.6
<b>Edad/años</b>	19.- 27	12	19.7
	28 - 35	7	11.5
	36-43	17	27.9
	44- 51	12	19.7
	52-59	13	21.3

**Fuente:** Cuestionario de Calidad de vida

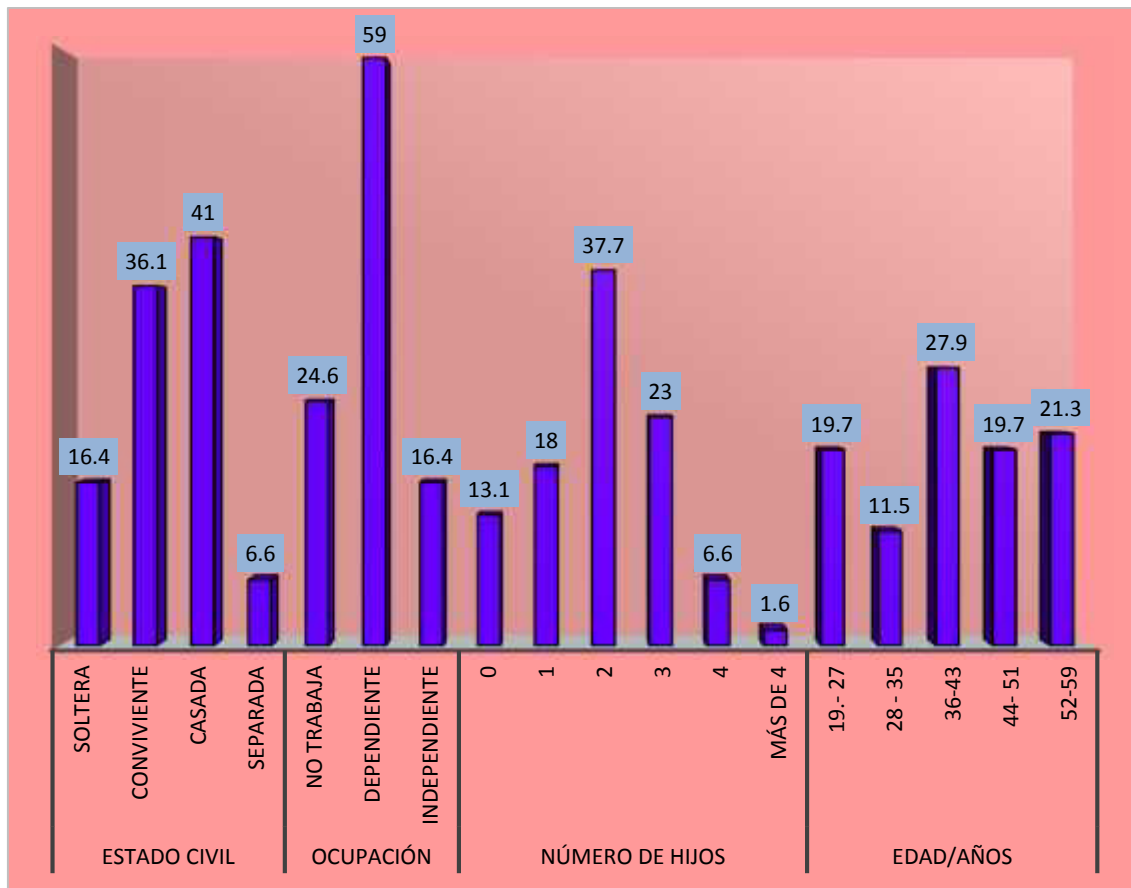
**TABLA N° 2**

**ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE CARACTERÍSTICAS PERSONALES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA - 2017**

Estadísticos descriptivos	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Edad/años	61	19.00	59.00	40.39	11.06
Nro. De hijos	61	0.00	5.00	1.97	1.17

**GRAFICO N°1**

**CARACTERÍSTICAS PERSONALES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017**





En la tabla presente se puede apreciar que de las dimensiones de estudio que corresponden a la Incontinencia Urinaria se tiene que el 32.8% pierde orina una vez por semana o menos pierde orina, el 54.1% opina que muy poca cantidad de orina cree que se le escapa. El 34.4% refiere que los escapes de orina afectan poco a su vida; finalmente, el 26.3% con mayor proporción pierde orina cuando tose.

**TABLA N° 3**

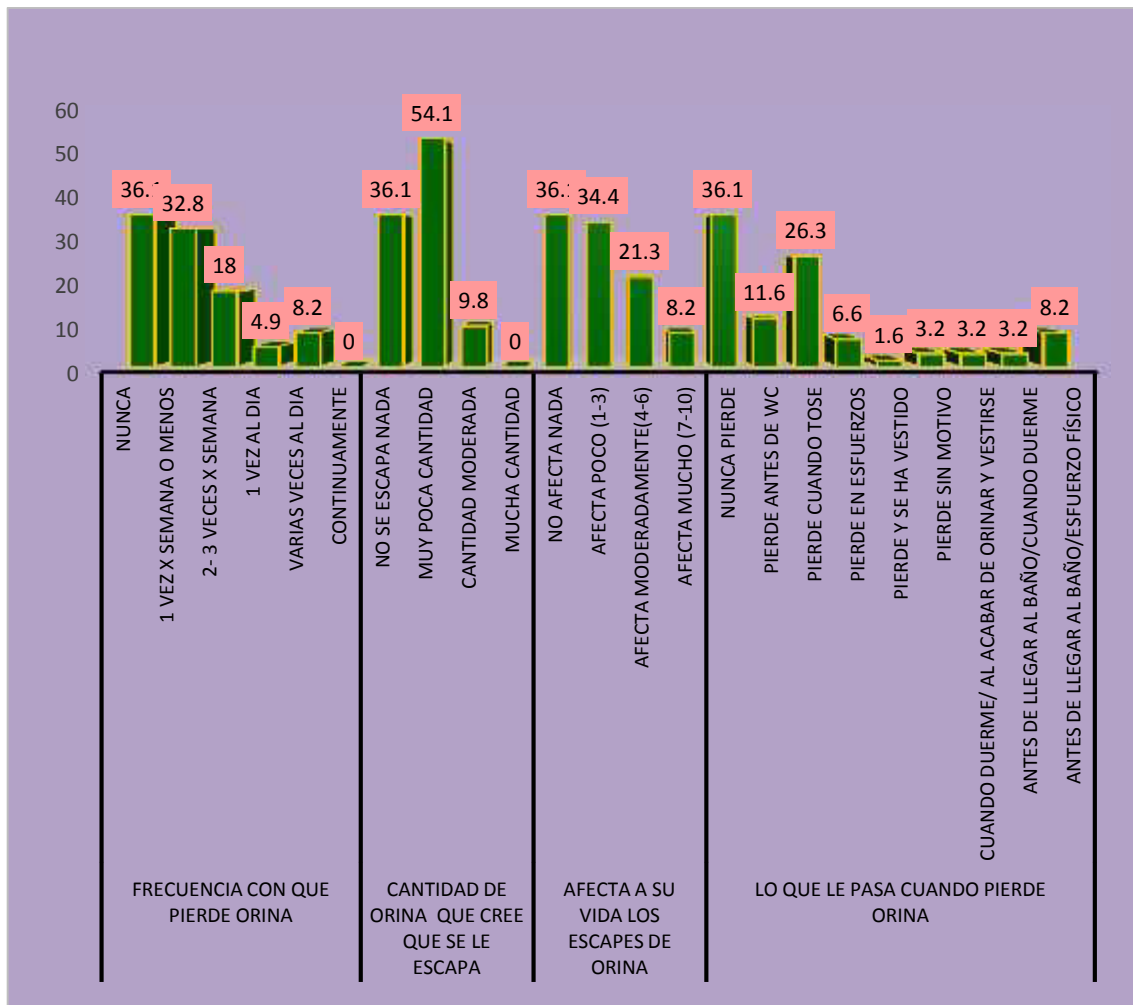
**DISTRIBUCIÓN DE LAS DIMENSIONES DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA - 2017**

<b>Dimensiones de Incontinencia Urinaria</b>		<b>fi</b>	<b>%</b>
<b>Frecuencia con que pierde orina</b>	Nunca	22	36.1
	1 vez x semana o menos	20	32.8
	2- 3 veces x semana	11	18.0
	1 vez al día	3	4.9
	Varias veces al día	5	8.2
	Continuamente	0	0.0
<b>Cantidad de orina que cree que se le escapa</b>	No se escapa nada	22	36.1
	Muy poca cantidad	33	54.1
	Cantidad moderada	6	9.8
	Mucha cantidad	0	0.0
<b>Afecta a su vida los escapes de orina</b>	No afecta nada	22	36.1
	Afecta poco (1-3)	21	34.4
	Afecta moderadamente (4-6)	13	21.3
	Afecta mucho (7-10)	5	8.2
<b>Lo que le pasa cuando pierde orina</b>	Nunca pierde	22	36.1
	Pierde antes de WC	7	11.6
	Pierde cuando tose	16	26.3
	Pierde en esfuerzos	4	6.6
	Pierde y se ha vestido	1	1.6
	Pierde sin motivo	2	3.2
	Cuando duerme/ al acabar de orinar y vestirse	2	3.2
	Antes de llegar al baño/cuando duerme	2	3.2
	Antes de llegar al baño/esfuerzo físico	5	8.2

**Fuente:** Cuestionario de Incontinencia Urinaria

## GRAFICO N°2

**DIMENSIONES DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017**



Al análisis de la variable de estudio Incontinencia Urinaria se tiene que el 64.9% padece de IU y que el 36.1% de mujeres que presenta Incontinencia Urinaria leve en su mayor proporción son de 36 a 43 años; y de las mujeres con Incontinencia Urinaria Moderada (24.6%) están entre 52-59 años.

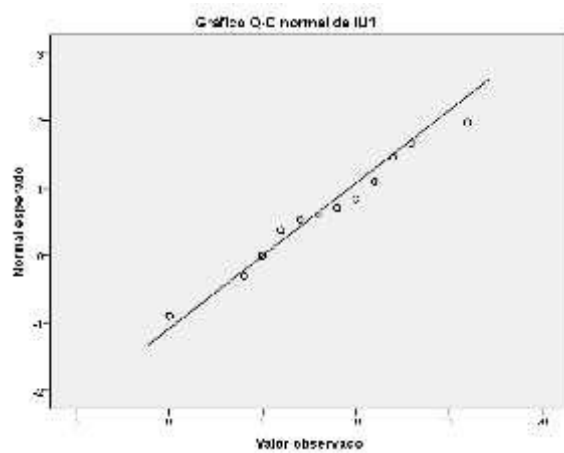
**TABLA N° 4**

**DISTRIBUCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA SEGÚN EDAD EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA - 2017**

Incontinencia Urinaria	Edad/años										Total	
	19- 27		28 - 35		36-43		44- 51		52-59			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%
Sin Incontinencia	10	16.4	3	4.9	3	4.9	4	6.6	2	3.3	22	36.1
Leve	1	1.6	3	4.9	10	16.4	5	8.2	3	4.9	22	36.1
Moderada	0	0.0	1	1.6	4	6.6	3	4.9	7	11.5	15	24.6
Severa	1	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.6	2	3.3
Total	12	19.7	7	11.5	17	27.9	12	19.7	13	21.3	61	100.0

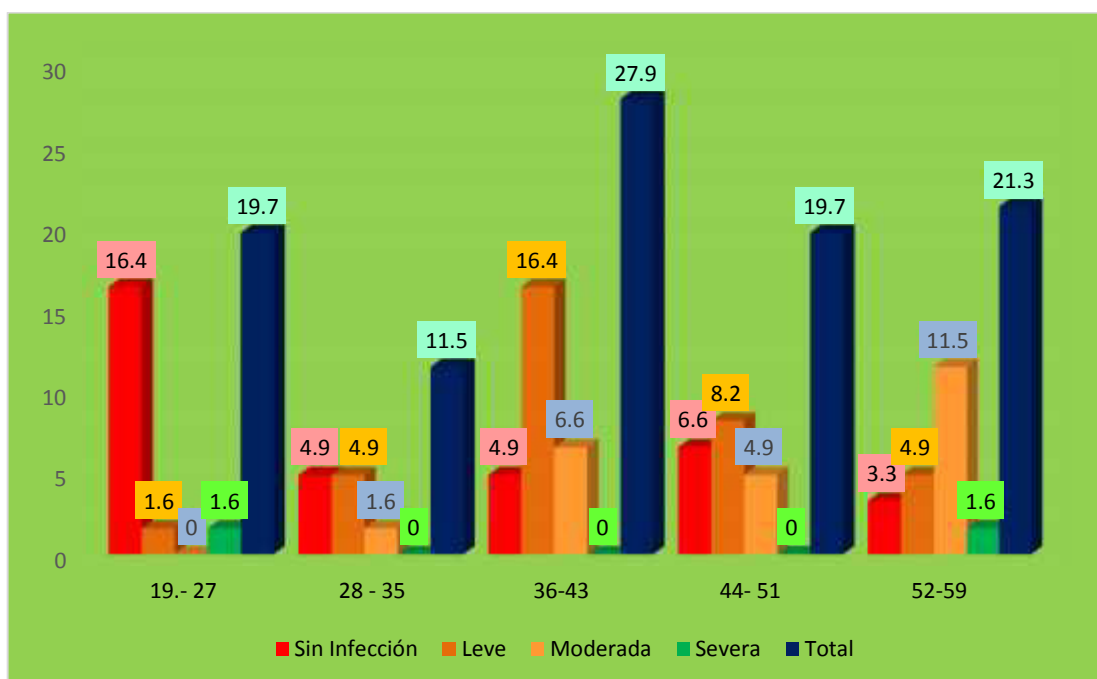
**Fuente:** Cuestionario de Incontinencia Urinaria

<b>Pruebas de normalidad</b>						
	<b>Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup></b>			<b>Shapiro-Wilk</b>		
	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig.</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig.</b>
<b>IU1</b>	.222	61	.000	.878	61	.000



### GRAFICO N°3

**INCONTINENCIA URINARIA SEGÚN EDAD EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA - 2017**



Se puede apreciar que en las dimensiones de la Calidad de Vida lo que más destaca es la Repercusión Psicosocial con un 77.0% y el Comportamiento de Evitación y Limitación de la Conducta con 49.2% en las mujeres que consideran tienen una Calidad de vida regular.

**TABLA N° 5**

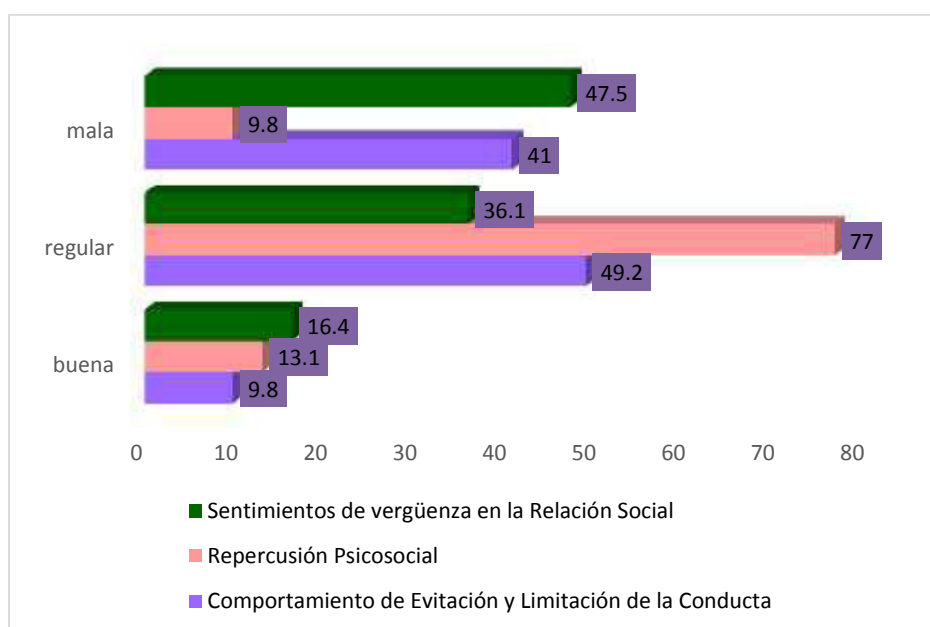
**DISTRIBUCIÓN DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017**

Dimensiones de Calidad de Vida	Buena		Regular		Mala		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Comportamiento de Evitación y Limitación de la Conducta</b>	6	9.8	30	49.2	25	41.0	61	100.0
<b>Repercusión Psicosocial</b>	8	13.1	47	77.0	6	9.8	61	100.0
<b>Sentimientos de vergüenza en la Relación Social</b>	10	16.4	22	36.1	29	47.5	61	100.0

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida

**GRAFICO N° 4**

**DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017**



Al análisis de la variable de estudio de calidad de vida según el estado civil se tiene que en mayor proporción tienen calidad regular con 54,1% y de este porcentaje el 27.9% son casadas.

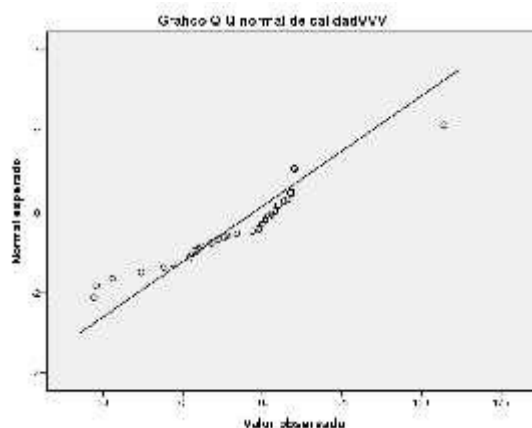
**TABLA N° 6**

**DISTRIBUCIÓN DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESTADO CIVIL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017**

Calidad de Vida	Estado civil								Total	
	Soltera		Conviviente		Casada		Separada			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Buena	0	0.0	2	3.3	6	9.8	0	0.0	8	13.1
Regular	1	1.6	12	19.7	17	27.9	3	4.9	33	54.1
Mala	9	14.8	8	13.1	2	3.3	1	1.6	20	32.8
Total	10	16.4	22	36.1	25	41.0	4	6.6	61	100.0

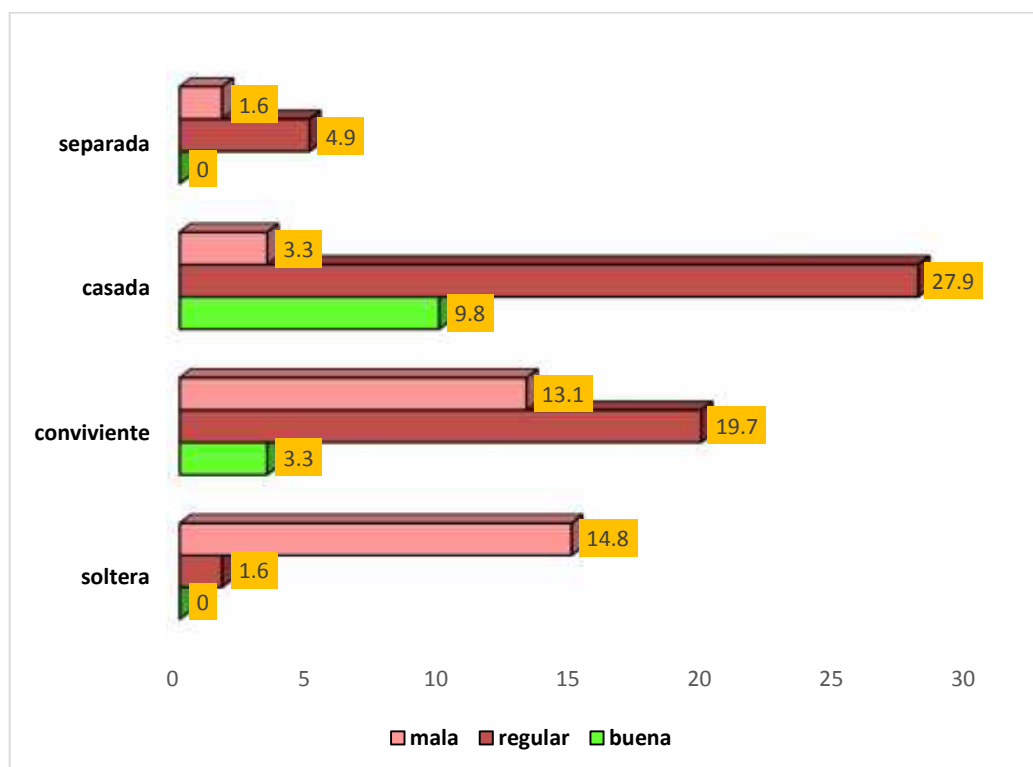
**Fuente:** Cuestionario de Calidad de vida

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
CV	0.525	61	.000	.371	61	0.000



## GRAFICO N° 5

**CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESTADO CIVIL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017**





En la presente tabla se tiene que en mayor proporción que la Incontinencia Urinaria es Leve con 36.1%, del cual el Comportamiento de Evitación y limitación de la Conducta es regular 31.1%,

**TABLA N° 7**

**RELACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA Y COMPORTAMIENTO DE EVITACIÓN Y LIMITACIÓN DE LA CONDUCTA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA - 2017**

Incontinencia Urinaria	Comportamiento de Evitación y limitación de la conducta						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%
Sin Incontinencia	0	0.0	0	0.0	22	36.1	22	36.1
Leve	0	0.0	19	31.1	3	4.9	22	36.1
Moderada	5	8.2	10	16.4	0	0.0	15	24.6
Severa	1	1.6	1	1.6	0	0.0	2	3.3
Total	6	9.8	30	49.2	25	41.0	61	100.0

**Fuente:** Cuestionario de Incontinencia Urinaria/cuestionario de Calidad de Vida

Chi Cuadrado	Gl	P-valor calculado
63.643	6	0.00

### **Comprobación de Hipótesis:**

#### **1. Hipótesis**

**H<sub>3</sub>:** Existe relación significativa entre la incontinencia urinaria y el comportamiento de evitación y limitación de la conducta en pacientes mujeres del servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017

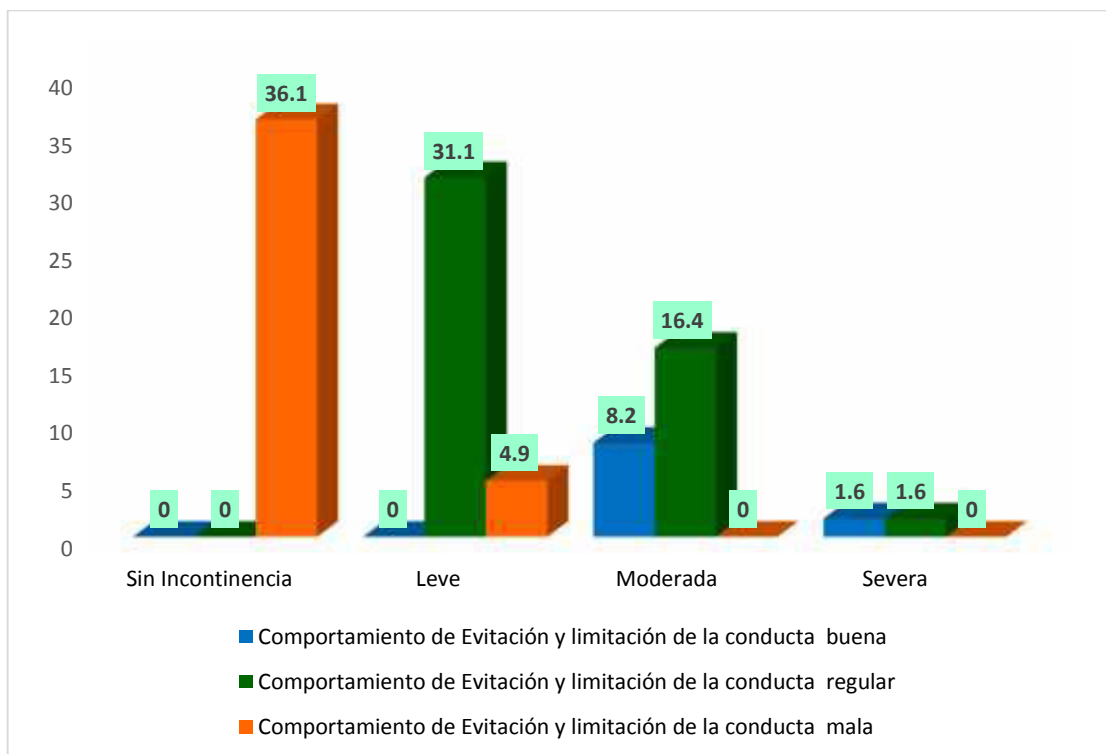
**H<sub>0</sub>:** No existe relación significativa entre la incontinencia urinaria y el comportamiento de evitación y limitación de la conducta en pacientes mujeres del

servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017

2. **Estadístico:** Chi Cuadrado = 63.643
3. **Nivel de Significancia:** 5% (0.05)
4. **P-valor calculado:** 0.00%
5. **Decisión:** se rechaza la **H<sub>0</sub>** **por lo tanto:** Existe relación significativa entre la incontinencia urinaria y el comportamiento de evitación y limitación de la conducta

## GRAFICO N° 6

INCONTINENCIA URINARIA Y COMPORTAMIENTO DE EVITACIÓN Y LIMITACIÓN DE LA CONDUCTA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA - 2017



Se puede apreciar que del 36.1% de mujeres con Incontinencia Urinaria, el 34.4% tiene una calidad de vida regular en lo que concierne a Repercusión Psicosocial

**TABLA N° 8**

**RELACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA Y REPERCUSIÓN PSICOSOCIAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA - 2017**

Incontinencia Urinaria	Repercusión Psicosocial						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin Incontinencia	0	0.0	17	27.9	5	8.2	22	36.1
Leve	0	0.0	21	34.4	1	1.6	22	36.1
Moderada	7	11.5	8	13.1	0	0.0	15	24.6
Severa	1	1.6	1	1.6	0	0.0	2	3.3
Total	8	13.1	47	77.0	6	9.8	61	100.0

**Fuente:** Cuestionario de Incontinencia Urinaria/cuestionario de Calidad de Vida

Chi Cuadrado	Gl	P-valor calculado
28.988	6	0.00

### Comprobación de Hipótesis:

#### 1. Hipótesis

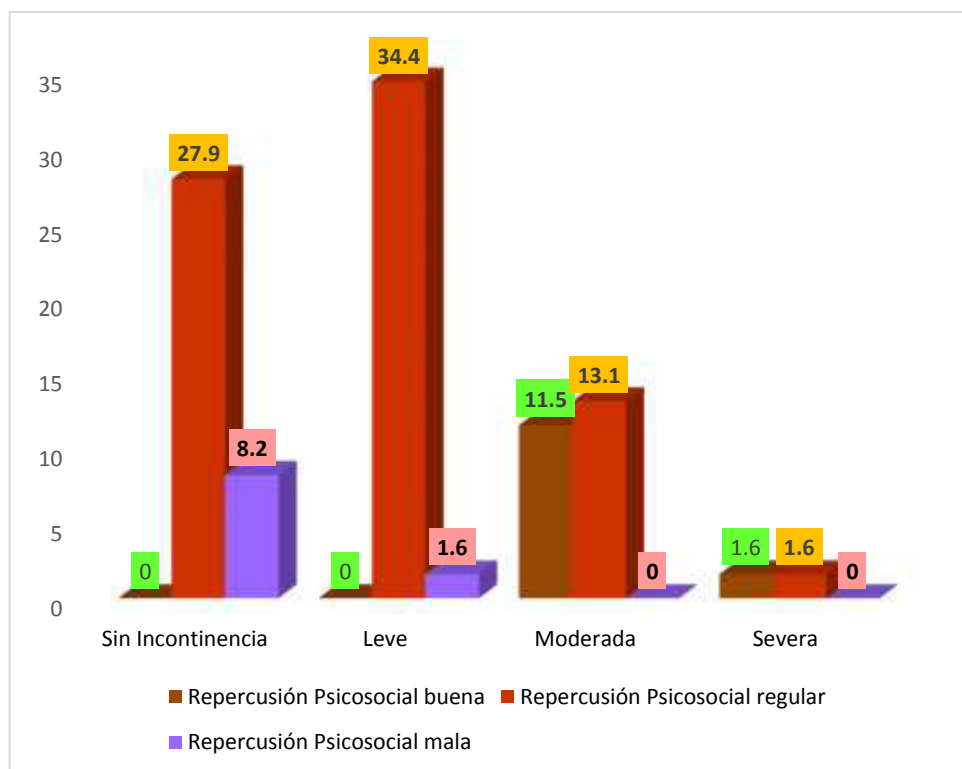
**H4:** Existe relación significativa entre la incontinencia urinaria y la repercusión social en pacientes mujeres del servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación significativa entre la incontinencia urinaria y la repercusión social en pacientes mujeres del servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017

2. **Estadístico:** Chi Cuadrado = 28.988
3. **Nivel de Significancia:** 5% (0.05)
4. **P-valor calculado:** 0.00%
5. **Decisión:** se rechaza la **H<sub>0</sub> por lo tanto:** Existe relación significativa entre la incontinencia urinaria y la repercusión social

### GRAFICO N° 7

INCONTINENCIA URINARIA Y REPERCUSIÓN PSICOSOCIAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA – 2017



Sobre la relación de variables se muestra que el 36.1% de mujeres tienen incontinencia Urinaria leve, del cual el 23% tiene calidad de vida regular en lo que corresponde a sentimientos de vergüenza en relación social

**TABLA N° 9**

<b>RELACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA Y SENTIMIENTOS DE VERGÜENZA EN LA RELACIÓN SOCIAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA - 2017</b>
--

Incontinencia Urinaria	Sentimientos de Vergüenza en la Relación Social						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin Incontinencia	0	0.0	0	0.0	22	36.1	22	36.1
Leve	2	3.3	14	23.0	6	9.8	22	36.1
Moderada	7	11.5	7	11.5	1	1.6	15	24.6
Severa	1	1.6	1	1.6	0	0.0	2	3.3
Total	10	16.4	22	36.1	29	47.5	61	100.0

**Fuente:** Cuestionario de Incontinencia Urinaria/cuestionario de Calidad de Vida

<b>Chi Cuadrado</b>	<b>Gl</b>	<b>P-valor calculado</b>
48.090	6	0.00

### **Comprobación de Hipótesis:**

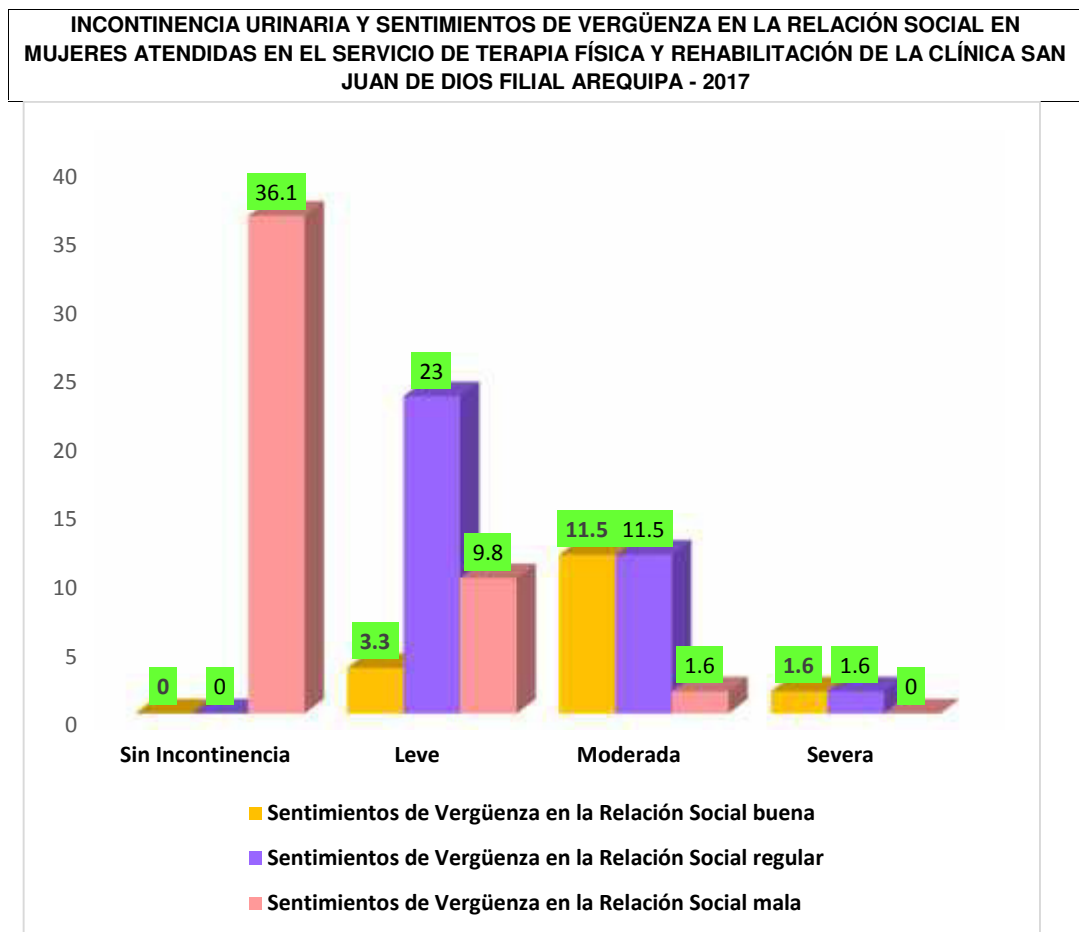
#### **1. Hipótesis**

**H<sub>s</sub>:** Existe relación significativa entre la incontinencia urinaria y los sentimientos de vergüenza en relación social en mujeres del servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017.

**H<sub>0</sub>:** No relación significativa entre la incontinencia urinaria y los sentimientos de vergüenza en relación social en mujeres del servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017

2. **Estadístico:** Chi Cuadrado = 48.090
3. **Nivel de Significancia:** 5% (0.05)
4. **P-valor calculado:** 0.00%
5. **Decisión:** se rechaza la **H<sub>0</sub> por lo tanto:** Existe relación significativa entre la incontinencia urinaria y los sentimientos de vergüenza en relación social

**GRAFICO N° 8**



**TABLA N° 10**

Al relacionar las variables de estudio, se encontró que el 36.1% de mujeres, tiene Incontinencia Urinaria Leve, mostrando una calidad de vida regular con 32.8%

**RELACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA - 2017**

Incontinencia Urinaria	Calidad de Vida						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin Incontinencia	0	0.0	4	6.6	18	29.5	22	36.1
Leve	0	0.0	20	32.8	2	3.3	22	36.1
Moderada	7	11.5	8	13.1	0	0.0	15	24.6
Severa	1	1.6	1	1.6	0	0.0	2	3.3
Total	8	13.1	33	54.1	20	32.8	61	100.0

**Fuente:** Cuestionario de Incontinencia Urinaria/cuestionario de Calidad de Vida

Chi Cuadrado	Gl	P-valor calculado
56,958	6	0.00

### Comprobación de Hipótesis:

#### 1. Hipótesis

**HG:** Existe relación entre la incontinencia urinaria y la calidad de vida en las pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017.

**H<sub>0</sub>:** No Existe relación entre la incontinencia urinaria y la calidad de vida en las pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017.

**2. Estadístico:** Chi Cuadrado = 56.958

**3. Nivel de Significancia:** 5% (0.05)

4. **P-valor calculado:** 0.00%

5. **Decisión:** se rechaza la  $H_0$  por lo tanto: Existe relación entre la incontinencia urinaria y la calidad de vida

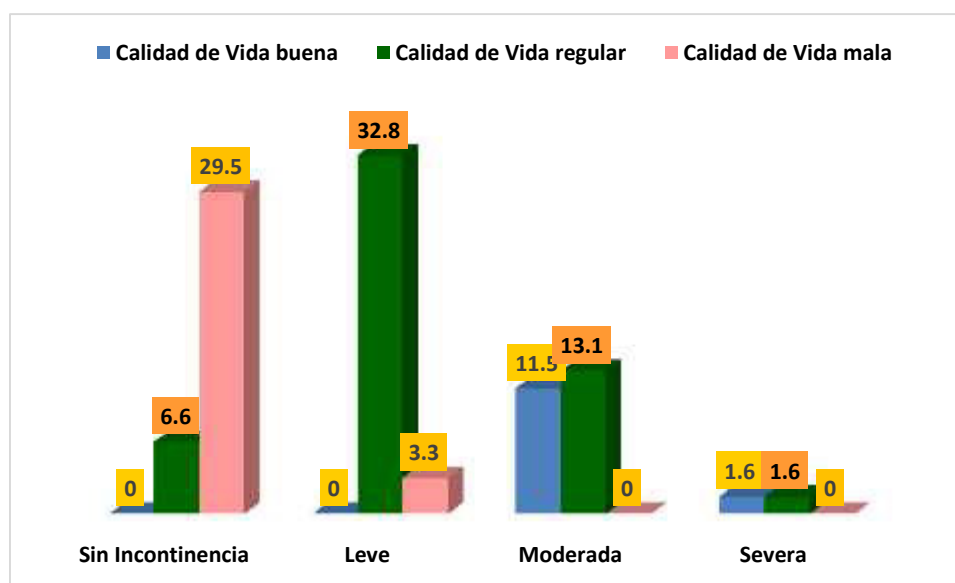
**TABLA N° 11**

**CORRELACIÓN BIVARIADA DE PEARSON DE VARIABLE DE ESTUDIO**

		<b>Comportamiento de evitación y limitación de la conducta</b>	<b>Repercusión social</b>	<b>Sentimientos de vergüenza en relación social</b>	<b>Calidad de vida</b>
<b>Incontinencia Urinaria</b>	Correlación de Pearson	-0.79	-0.56	-0.72	-0.53
		Inversa/alta	Inversa/moderada	Inversa/alta	Inversa/moderada

**GRAFICO N° 9**

**INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS FILIAL AREQUIPA - 2017**





## **CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN**

-

La IU tiene graves repercusiones sociales y psicológicas, deteriora la calidad de vida, limita la autonomía personal, predispone para una mayor morbilidad y mortalidad y provoca un enorme gasto en el presupuesto sanitario. Las consecuencias y complicaciones de esta enfermedad, si no se tratan adecuadamente, deterioran significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce la autoestima, incluyendo aislamiento social y depresión.

El perfil de las características personales de las mujeres que prevalecieron en el estudio fue el siguiente: Casada, ocupación dependiente, 2 hijos y entre 36 a 43 años.

La presente investigación estudió la relación de dos variables: Incontinencia urinaria y calidad de vida así, se tiene que el 64.9 % de las pacientes padecieron de **Incontinencia Urinaria** en diferentes grados, predominando la leve 36,1% y la edad que estaba relacionada fue de 36 a 43 años, en segundo lugar tenemos que el 24.6% tiene IU moderada donde predomina la edad entre 52-59 años, al comparar con otros estudio M. Rebassa *et.al*, España – 2013. “Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida”, se concluyó que un 24% sufría incontinencia, y la prevalencia aumentaba de manera significativa con la edad. Otro estudio de C.M. Suárez Serrano *et.al*, 2012. “Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria, concluyeron que la edad media de las pacientes fue de 52,97 y con 7,55 años de evolución de incontinencia, el 60% padecían incontinencia de esfuerzo. En cuanto a las dimensiones de Incontinencia Urinaria se tiene que el 32.8% pierde orina una vez por semana o menos, el 54.1% opina que muy poca cantidad de orina cree que se le escapa y el 34.4% refiere que los escapes de orina afectan poco su vida y finalmente el 26.3% con mayor proporción pierde orina cuando tose (Incontinencia Urinaria de Esfuerzo) resultado similar obtenido en los estudios de Almudena Ortuño Esparza et al (1) y M. Rebassa *et.al* en el que el tipo de IU más frecuente también es el de esfuerzo con un 45% (9).

Además, encontramos variedad en los resultados de prevalencia puede ser debida a diferentes criterios e instrumentos de diagnóstico para identificar la IU, la edad de la muestra de estudio investigada, la metodología empleada en los diferentes estudios y el

tipo de población estudiada, Sin embargo, podemos notar algo en común conforme avanza la edad aumenta la prevalencia de IU.

Respecto a la segunda variable Calidad de vida; el 86,9% estuvo entre regular y mala calidad de vida, así el 54.1% tuvo regular calidad de vida y el 32.8 mala calidad de vida, al analizar las dimensiones de esta variable tenemos que las que tienen mala calidad de vida predomina los sentimientos de vergüenza en la relación social y en la regular predomina la repercusión psicosocial.

Al relacionar las dos variables se encontró que si existe relación entre las dos variables de estudio es decir que si la mujer presenta IU está afectara a su bienestar personal, social y familiar, al relacionar IU con comportamiento de evitación y limitación de la conducta los estadísticos demostraron que, si existe relación significativa, lo mismo sucedió al relacionar IU con repercusión psicosocial, estos resultados se relacionan con Almudena Ortuño *et.al.* Murcia-España 2013 (1).

La IU en mujeres sigue siendo un problema de salud infradiagnosticado, a pesar de su alta prevalencia, que las mujeres que padecen la IU pierden calidad de vida y que la IU sigue siendo un problema culturalmente banalizado por las propias mujeres.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERA**

Se encontró relación significativa entre la incontinencia urinaria y la calidad de vida, es decir si la mujer presenta IU ésta afectará a su bienestar personal, social y familiar. Así mismo existe una relación inversa moderada (-0.53) entre estas variables según resultados estadísticos de Pearson.

### **SEGUNDA**

Al estudio de Incontinencia urinaria en mujeres se encontró que en mayor proporción tienen IU leve y oscilan entre 36 – 43 años. La frecuencia con la que pierden orina en su mayor parte es 1 vez por semana, estas opinan que se les escapa poca cantidad; y les afecta poco en su vida, y generalmente pierden orina cuando tosen (Incontinencia Urinaria por esfuerzo).

### **TERCERA**

La calidad de vida en mayor proporción es regular sobre todo en mujeres casadas; el área más afectada es Repercusión psicosocial así como Comportamiento de Evitación y limitación de la conducta, donde su calidad de vida es regular.

### **CUARTA**

La Incontinencia Urinaria tiene una relación Inversamente alta con el Comportamiento de Evitación y limitación de la conducta debido a que las mujeres con IU les preocupa el ir a tiempo a servicios higiénicos, viajes y otros.

### **QUINTA**

La incontinencia urinaria y la repercusión social tiene relación inversamente alta con la calidad de vida en lo que corresponde a que la mujer con IU se preocupa porque se puede

sentir humillado, avergonzado y con temor para cualquier actividad que requiera estar ante los demás

## **SEXTA**

Relación entre la incontinencia urinaria y los sentimientos de vergüenza en relación social  
relación Inversamente moderada ya que la mujer con IU se queja constantemente que por sus problemas sus actividades de índole personal se ven afectadas o limitadas

## **RECOMENDACIONES**

### **PRIMERA**

Al personal de servicio de Terapia Física y Rehabilitación se sugiere promover la sintomatología de Incontinencia Urinaria a mujeres pre-menopáusicas para poder detectar a tiempo las molestias e iniciar el tratamiento oportuno.

### **SEGUNDA**

Realizar campañas sobre el manejo de los distintos tipos de tratamiento fisioterapéutico para fortalecer los músculos del suelo pélvico que también constituye un importante recurso para la prevención de la incontinencia urinaria.

### **TERCERA**

Se debe desmitificar la creencia de que la incontinencia urinaria es inevitable a ciertas edades y conocer que por el contrario el tratamiento fisioterápico es muy efectivo si se lleva a cabo con prontitud y correcta dirección del profesional especializado

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almudena Ortuño Esparza, M<sup>a</sup> Luisa Mayol Pérez, Delia López Fernández-Delgado, Elena Peñalver Pérez, María Sierra Sánchez. Un estudio sobre la incontinencia urinaria femenina y la afectación en la calidad de vida. Centro/institución Universidad de Murcia-España 2013.
2. Mauricio Velázquez Magaña, Héctor Hugo Bustos López, Gabriel Rojas Poceros, Gerardo Oviedo Ortega, Eduardo S. Neri Ruz, Christian Sánchez Castrillo. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. México. Vol. 75 Junio 2007.
3. Agustín Franco de Castro, Luis Peri Cusí, Antonio Alcaraz Asencio. Incontinencia urinaria interna. Servicio de Urología, ICNU, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona-España.
4. Adela, Emilia Gómez Ayala. INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA. Diagnóstico, tratamiento y prevención. OFFARM. Vol. 27 Marzo 2008.
5. J. E. Robles. La incontinencia urinaria. Anales Sis San Navarra. Vol.29 No 2 Pamplona Mayo/Agosto 2006.
6. Lic. Elsa María Rodríguez Adams. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana-Cuba 2014.
7. Lígia da Silva Leroy y María Helena Baena de Moraes Lopes. La incontinencia urinaria en periodo de posparto y su impacto en la calidad de vida relacionada a salud”. Universidade Estadual de Campinas - Brasil 2012.
8. Claudia Flores y Javier Pizarro. Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología – Santiago de Chile 2012.
9. M. Rebassa, J. M. Taltavull, J. Ripoll, A. Esteva, J. Miralles, M. Navarro, M. M. Ribot, J. Llobera. Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. Grupo de Estudio de la Incontinencia Urinaria en Mallorca, España – 2013.
10. C.M. Suárez Serrano, E. Medrano Sánchez, E. Díaz Mohedo, M. de la Casa Almeida, R. Chillón Martínez a y G. Chamorro Mariana. Afectación de la calidad de vida en



mujeres con incontinencia urinaria. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla, Departamento de Psiquiatría y Fisioterapia-Universidad de Málaga - España 2012.

11. Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U. The standardisation of terminology in lower urinary tract function. Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 167-178.
12. Monserrat Espuña Pons. Incontinencia de orina en la mujer. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Barcelona 2003; 120: 464-472.
13. JM. Amóstegui Azcúe, A. Ferri Morales, C. Lillo De La Quintana, ML. Serra Llosa. Incontinencia Urinaria y otras lesiones del suelo pelviano: Etiología y estrategias de prevención. *Rev. Médica Universitaria Navarro*. Madrid. Vol. 48 N°4. 2004. pág18-31.
14. Mariel Murillo Morales. Incontinencia Urinaria Femenina. *Revista Médico de Costa Rica y Centroamérica* LXIX 2012. Pág. 225-230.
15. Carmen Cruz Lendínez. Tesis Doctoral La incontinencia urinaria en mujeres de Jaén. Universidad de Jaen. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. España Febrero 2016.
16. Organización Panamericana de la Salud. Guía de diagnóstico y manejo de la Incontinencia Urinaria. Parte II. Capítulo 22. Oficina regional de la salud. MINSA.
17. Dr. Jaime Díaz Berrocal, Dr. Carlos Hernández Forero, Dr. Antonio Lomanto Morán, Dr. Alvaro Gutierrez Martinez, Dr. Juan Manuel Aristizábal Agudelo. Incontinencia urinaria femenina. Sociedad Colombiana de Urología de Práctica Clínica.
18. Francisco Javier Vicente, José Manuel Cózar, Antonio Martínez, Eduardo Espejo y Miguel Tallada. Incontinencia URIANRIA. Métodos para su evaluación y clasificación. Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España 2002.
19. M. Juarranz Sanz, R. Terrón Barbosa, M. Roca Guardiola, T. Soriano Llorca, M. Villamor Borrego y M.J. Calvo Alcántara. Tratamiento de la incontinencia urinaria. España. Septiembre 2002.

20. Dr. Antonio Lomanto Morán. Incontinencia urinaria femenina. Vol XXXIX N°4. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Pág. 239-247.
21. Calais Germain B. El periné femenino y el parto. Anatomía para el movimiento: elementos de anatomía y bases de ejercicios. Barcelona: Los libros de la liebre de Marzo 1998.
22. Grosse D, Sengler J. Reeducción del periné: Fisioterapia en las incontinencias urinarias. Barcelona: Masson 2001.
23. Dra. Monserrat Espuña Pons y Dr. Oriol Porta Roda. Manual de anatomía funcional y quirúrgica del suelo pélvico. Barcelona - España. 1° Edición 2010.
24. Parrondo P, Pérez Medina T, Álvarez Heros J. Fundamentos de Ginecología. Anatomía del aparato genital femenino. Capítulo I. Pág. (15-27). Editorial Sego.
25. Cultural Juana Casas Anguita, José Ramón Repullo Labrador y Joaquín Pereira Candel. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación. Departamentos de Planificación y Economía de la Salud, y Salud internacional. Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII. Madrid 2011
26. Elsa Maria Rodríguez Adams. Lic. en Cultura Física Terapéutica. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba. 2012. Pág (107-121).
27. Alejandra Caqueo-Urizar, Alfonso Urzua. Calidad de vida; una revisión teórica. Dpto. de Filosofía y Psicología, Universidad Católica del Norte, Chile. 2012.
28. Alfonso Urzúa M.<sup>A</sup> Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Universidad Católica del norte Chile. 2010
29. Gómez Maria, Sabeth Eliana. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración de la Comunidad. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca – España. 2001.
30. Elizabeth Velarde Jurado, Carlos Avila Figueroa. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de Cuernavaca – México. Vol. 44 N°4. 2002.
31. Juana Casas Anguita, José Ramón Repullo Labrador y Joaquín Pereira Candel. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción

- y adaptación cultural. Departamento de Planificación y Economía de la Salud y Salud Internacional. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid 2001.
32. Artiles Visual L, Navarro Despaigne D, Manzano Ovies B. Climaterio y Menopausia: Un enfoque desde lo social. La Habana: Científico Técnica; 2007.
  33. I. Rohlf, C. Borrell, C. Anitua, L. Artazcoz, C. Colomer, V. Escribá, M. García-Calvente, A. Llacer, L. Mazarrasa, M.I. Pasarín, R. Peiró, C. Valls-Llobet. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Grupo Género y Salud Pública de SESPAS. Barcelona 2000. Pág (146-154).
  34. Maritza Busquets C., Ramón Serra T. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Departamento de Ginecología Obstetricia Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Hospital Parroquial de San Bernardo. Santiago de Chile. 2012
  35. Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Marquis P, Andrejasich CM, Buesching DP. Cultural adaptation of a quality-of-life measure for urinary Incontinence.
  36. Guillén Del Castillo, A; Espada Puedo, A. ; Legarra Muruzábal, S.; García López, M.; Garayoa Arizcuren, B. Repercusión de la incontinencia urinaria femenina en la calidad de vida estudio desde una consulta de urología. ENFURO, 2008 Abril-Junio. (106):9-12.
  37. Manuel Diego Herrero. INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER. Aspectos psicosocioculturales, calidad de vida y su valoración. Universidad de Cantabria. España –Junio 2013.
  38. Guillén del Castillo, A.; Espada Puedo, A.; Legarra Muruzábal, S.; García López, M.; Garayoa Arizcuren, B. Repercusión de la incontinencia urinaria femenina en la calidad de vida. Estudio desde una consulta de urología. Asociación española de enfermería en urología. España – 2008.
  39. Cruz Lendínez, Carmen (2016) “La Incontinencia Urinaria en Mujeres de Jaén, estudio de Prevalencia e impacto en su Calidad de vida” Universidad de Jaén Facultad de Ciencias de la Salud Departamento de Enfermería. 2016.

## **ANEXOS**

## ANEXO N° 1: INSTRUMENTO INCONTINENCIA URINARIA

*The International Consultation On Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-IU-SF)*

N del participante:

Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA ICIQ-SF

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque una)

- |                              |                          |   |
|------------------------------|--------------------------|---|
| Nunca                        | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Una vez a la semana o menos  | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Dos o tres veces a la semana | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Una vez al día               | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Varias veces al día          | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Continuamente                | <input type="checkbox"/> | 5 |

2. Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa. Cantidad de orina que pierde habitualmente (Tanto si lleva protección como si no) (Marque una)

- |                       |                          |   |
|-----------------------|--------------------------|---|
| No se me escapa nada  | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Muy poca cantidad     | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Una cantidad moderada | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Mucha cantidad        | <input type="checkbox"/> | 6 |

3. ¿Estos escapes de orina que tiene cuánto afecta su vida diaria?

Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

Puntuación de ICIQ-Q: Sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3=

4. ¿Cuándo pierde orina? (Señale todo lo que le pasa a usted)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Nunca pierde orina                                     | <input type="checkbox"/> |
| Pierde orina antes de llegar al WC                     | <input type="checkbox"/> |
| Pierde orina cuando tose o estornuda                   | <input type="checkbox"/> |
| Pierde orina cuando duerme                             | <input type="checkbox"/> |
| Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos o ejercicio | <input type="checkbox"/> |
| Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido    | <input type="checkbox"/> |
| Pierde orina sin un motivo evidente                    | <input type="checkbox"/> |
| Pierde orina de forma continua                         | <input type="checkbox"/> |

*Muchas Gracias por contestar estas preguntas*

## INCONTINENCIA URINARIA

Fecha de hoy: \_\_/\_\_/\_\_

**Elija entre los valores del 1 al 5, siendo considerado:**

#### 4= Un poco

**5= Nunca**

1000

	1	2	3	4	5
1.A Me preocupa el hecho de no ser capaz de ir al servicio a tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.A Me preocupa toser o estornudar debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.A Tengo que tener cuidado al ponerme de pie después de estar Sentado debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.A Me preocupa donde están los servicios en lugares nuevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.B Me siento deprimido debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.B Debido a mis problemas urinarios o de incontinencia, no me siento capaz de salir de mi casa durante largos periodos de tiempo (viajar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.B Me siento frustrado porque mis problemas urinarios o de incontinencia me impiden hacer lo que quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.C Me preocupa que otros puedan sentir el olor de orina en mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.B La incontinencia está siempre en mi mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.A Es importante para mí hacer viajes frecuentes al servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.A Debido a mis problemas urinarios o de incontinencia es importante Planear cada detalle con anticipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.C Me preocupan mis problemas urinarios o de incontinencia, que se empeoran a medida que envejezco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.A Tengo dificultad para conciliar el sueño durante toda la noche debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.C Me preocupa estar avergonzado o humillado debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.B Mis problemas urinarios o de incontinencia me hacen pensar que no soy una persona sana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.B Mis problemas urinarios o de incontinencia me hacen sentir indefenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.B No me siento a gusto debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.C Me preocupa orinarme encima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.C Siento que no tengo control sobre mi vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.A Tengo que controlar, qué o cuánto bebo debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.B Mis problemas urinarios o de incontinencia limitan mis opciones de ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.B Me preocupan mis relaciones sexuales debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DIMENSIONES DE CV:** A (Comportamiento de evitación y limitación de conducta), B (Repercusión psicosocial) Y C (Sentimientos de vergüenza en la relación social).

## **ANEXO N° 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **“Influencia de la de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en pacientes mujeres del servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Filial Arequipa 2017”**

- **INVESTIGADOR:** Vanessa Evelyn Espinoza Huacre.

- **PROPÓSITO:**

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos hace estudios sobre la salud y las disfunciones del sistema musculoesquelético en el Perú. La incontinencia Urinaria es la perdida involuntaria de orina, durante un esfuerzo o ejercicio, como la tos o el estornudo. La incontinencia urinaria es producto de una disfunción del suelo pélvico que tiene impacto en la vida diaria de las mujeres y uno de sus principales factores de riesgo es el parto.

- **PARTICIPACIÓN:**

El presente estudio pretende establecer la influencia de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres. Si usted acepta participar en el estudio se realizará un cuestionario y evaluaciones que durarán como máximo 10 minutos.

- **RIESGOS DEL ESTUDIO:**

El presente estudio no presenta ningún riesgo. Para su participación solo es necesaria su autorización y realizar los cuestionarios otorgados por la investigadora.

- **BENEFICIOS DEL ESTUDIO:**

Es importante señalar que con su participación, usted contribuye a mejorar los conocimientos en el campo de la salud, y con ello que cada vez más mujeres padezcan de disfunciones del suelo pélvico como la incontinencia urinaria, que es considerado por la OMS como una enfermedad limitante de su vida diaria, tengan acceso a mayor información y a su vez se profundice la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria en las mujeres.

- **COSTO DE PARTICIPACIÓN:**

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted.

- **CONFIDENCIALIDAD:**

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información. Se le asignará un número (código) a cada una de las participantes, y este número se usará para el análisis, presentación de los resultados, publicaciones, etc.

- **REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN:**

Las posibles candidatas deberán ser personas de 18 a 60 años de edad. Al aceptar la participación deberá firmar este documento llamado consentimiento informado, con lo cual autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente. Sin embargo, si usted no desea participar en el estudio por cualquier razón, puede retirarse con toda libertad sin que esto represente algún gasto, pago o consecuencia negativa al hacerlo.

- **DONDE CONSEGUIR INFORMACIÓN:**

Para cualquier consulta, queja o comentario por favor comunicarse con Vanessa Evelyn Espinoza Huacre 951206573 en horario oficina.

- **DECLARACIÓN VOLUNTARIA:**

Yo he sido informada del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación del estudio es gratuita. He sido informada de la forma como se realizará el estudio y como se tomarán los datos. Estoy enterada también que puedo participar o no continuar en el estudio en el momento en el que lo considere necesario, sin que esto represente que tenga que pagar, o recibir alguna represalia de parte del equipo, del colegio o de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación.

Nombre de la participante:

\_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017  
Dirección: \_\_\_\_\_